**令和７年度　軽井沢町会計年度任用職員（パートタイム）申込書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 | 生年月日 | 昭和・平成 　　年 　　月 　　日生  (令和７年４月１日時点　満　　歳) | | | 写真貼付欄  ・縦４cm×横３㎝  ・上半身脱帽正面  ・裏面に氏名記入  ・６ヶ月以内に撮影したもの |
| 氏　　名 |  | | |  |
| ふりがな |  | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　　－ | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 連絡先 | 〒　　　－　　　　 ※現住所以外に通知・連絡を希望する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | |
| 電話番号  （優先連絡先） | (　　　　－　　　　－　　　　) | | | | 電話番号 | | (　 　　 －　　　　－　　　　) | | |
| 最終学歴 | 卒業・卒業見込み | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| 職　　歴 | | | | | | | | | |
| 勤 務 先 | | | 勤　務　内　容 | | | | | 勤　務　期　間 | |
|  | | |  | | | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | |
|  | | |  | | | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | |
|  | | |  | | | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | |
|  | | |  | | | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | |
|  | | |  | | | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | |
|  | | | | | | | | | |
| 希望職種 | | □　保健師  □　歯科衛生士 | | | | | | | |
| 希望する  勤務形態 | | 週休日勤務：　土曜日、日曜日及び祝日勤務の可否　　　　　□　可　　　　□　否 | | | | | | | |
| 勤務日数：　□ 週５日　　□ 週３日　　□ その他（週　　日程度）　□ 何日でもよい | | | | | | | |
| 希望時間：　□ ７時間45分　　□ その他(１日　　　時間程度／ 　　時　　分から　　時　　分まで) | | | | | | | |

※該当する□にチェックをしてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　次ページあり

|  |  |
| --- | --- |
| 資格免許 |  |
| パソコン操作 | Word、Excelの操作について、あてはまるものにチェックしてください。  □　応用的な操作可（表・グラフ等の作成、関数使用）  □　基本的操作可（文書・表への入力）  □　操作不可 |

|  |
| --- |
| 希望動機 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 自己ＰＲ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

次の事項を確認した場合はチェックしてください。チェックがない場合は受理できません。

|  |  |
| --- | --- |
| 社会保険等の加入 | ホームページの募集案内を確認し、共済組合・厚生年金・雇用保険等の加入等について  　　　　　□　理解した |

|  |  |
| --- | --- |
| 必要な資格・  経験等の要件 | 希望される職種における「必要な資格・経験等」に記載のある要件について  □　満たしている  ※要件を満たしていない場合は、その職種を希望することはできません。  ※資格を必要とする職種である場合は、資格証明書を添付してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 在職歴の有無 | 今まで軽井沢町職員として在職していた経歴はありますか。（正規職員、会計年度任用職員等）  在職歴　　　　□　あり　　□　なし |