

令和7年度 精神保健福祉相談員(福祉課) 申込書

申込番号
※記入不要

ふりがな				(写真貼付) 縦4cm×横3cm ※本人単身胸から上 ※裏面に氏名記入 ※6ヶ月以内の撮影 ※カラー写真撮影
氏 名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
現 住 所	〒 —			
	電話 自宅 () 携帯電話等 ()			
【最 終】 学 歴 ※	学校名・学部学科名	左記学校の在学期間		
		昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業 ☐ 中退	
【その前】 学 歴 ※	学校名・学部学科名	左記学校の在学期間		
		昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	☐ 卒業 ☐ 中退	
※ 学歴について、記載する学歴は、高等学校以上とします。				
職務経歴 (会社名・勤務期間・勤務内容等を詳細に記入)				
志望動機				
資 格 免 許				
仕事に対する 意 気 込 み				
私は、この度の多治見市職員選考における採用条件を満たしており、すべての記載事項は事実と相違ありません。 (自署してください)				
令和 年 月 日 氏 名				提出は、市役所 福祉課まで