



## ◎免許・資格等

名称	取得（見込）年月日	名称	取得（見込）年月日
	年 月 日 (取得・取得見込)		年 月 日 (取得・取得見込)
	年 月 日 (取得・取得見込)		年 月 日 (取得・取得見込)

## ◎志望動機や活かしてほしい能力（自由記載）


## 応募資格の確認と申込

①地方公務員法の第16条の規定に基づき、以下に該当しないことを確認し、時津町会計年度任用職員の任用を希望します。

- ・禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- ・時津町において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- ・日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

②応募には以下の資格の確認書類を添付します。（該当するものをチェックしてください。）

- 保健師     看護師     管理栄養士     歯科衛生士     健康運動指導士  
 その他（                      ）

令和      年      月      日

氏名

\_\_\_\_\_（自署してください。）

