

沖縄県後期高齢者医療広域連合 会計年度任用職員申込書

希望する職種に○印をつけてください。(複数選択可)		
医療専門職		
1. 保健師 2. 管理栄養士 3. 看護師		
※申込書は本人が全て正確に記入して下さい。 ※一度提出された申込書は返却いたしません。		

写真貼付位置
たて 4 cm × よこ 3 cm
※撮影 1 年以内の写真

氏名			生年月日	年齢			
			□昭和 □平成 年 月 日				
連絡先	□自宅 □携帯 番号()	緊急時連絡先	氏名 (続柄:)	TEL :			
住所	ふりがな	〒――					
交通手段	□徒歩 □自転車 □バス □交通用具(自動車等)	通勤時間: 分					
学歴	学校名	学部・学科	制度(年制)	昼・夜・通信	上段 入学年月日 下段 卒業年月日	在学年月	修学区分
				□昼間 □夜間 □通信	S・H・R 年 月 日 S・H・R 年 月 日	年 月	□卒 □卒見込 □修 □()学年中退 □()学年休学中
				□昼間 □夜間 □通信	S・H・R 年 月 日 S・H・R 年 月 日	年 月	□卒 □卒見込 □修 □()学年中退 □()学年休学中
				□昼間 □夜間 □通信	S・H・R 年 月 日 S・H・R 年 月 日	年 月	□卒 □卒見込 □修 □()学年中退 □()学年休学中
				□昼間 □夜間 □通信	S・H・R 年 月 日 S・H・R 年 月 日	年 月	□卒 □卒見込 □修 □()学年中退 □()学年休学中
				□昼間 □夜間 □通信	S・H・R 年 月 日 S・H・R 年 月 日	年 月	□卒 □卒見込 □修 □()学年中退 □()学年休学中
職歴等	履歴事項		雇用形態	上段 入社年月日 下段 退社年月日	職務内容等		
			□正規	S・H・R 年 月 日	職務内容:		
			□非正規	S・H・R 年 月 日	週の勤務時間: 時間		
			□正規	S・H・R 年 月 日	職務内容:		
			□非正規	S・H・R 年 月 日	週の勤務時間: 時間		
			□正規	S・H・R 年 月 日	職務内容:		
			□非正規	S・H・R 年 月 日	週の勤務時間: 時間		
		□正規	S・H・R 年 月 日	職務内容:			
		□非正規	S・H・R 年 月 日	週の勤務時間: 時間			
		□正規	S・H・R 年 月 日	職務内容:			
		□非正規	S・H・R 年 月 日	週の勤務時間: 時間			
学歴欄及び職歴欄の記入上の注意事項 採用された場合の兼業等の予定							
1 学歴は中退であっても記入すること。 □なし 2 学歴の制度(年制)は、月単位の期間であれば月数まで記入すること。 □あり(企業名称等:) 3 入社年月日、退社年月日、職務内容をもれなく記入すること。 ※兼業等をする場合は、別途許可申請が必要です。 4 沖縄県後期高齢者医療広域連合での職歴がある場合は、一般事務・診療報酬明細書等点検員の別を記入すること。 ※必ず許可されるものではありません。							
地方公務員法の適用							
会計年度任用職員は、地方公務員法第22条の2第1項に基づいた任用となり、同法に規定する服務及び懲戒処分等の対象となる。							
①服務の根本基準 ②服務の宣誓 ③法令等及び上司の命令に従う義務 ④信用失墜行為の禁止 ⑤守秘義務 ⑥政治的行為の制限 ⑦争議行為等の禁止 ⑧営利企業への従事等の制限(⑧についてはパートタイム会計年度任用職員については対象外)							
条件付採用							
地方公務員法の規定に基づき、採用時はすべて条件付のものとし、採用後1ヵ月を良好な成績で勤務した場合に正式採用となる。							

資格・免許等	資格・免許の名称(取得見込を含む)	取得(予定)年月日
		S・H・R 年 月 日 □取得 □取得見込
		S・H・R 年 月 日 □取得 □取得見込
		S・H・R 年 月 日 □取得 □取得見込
		S・H・R 年 月 日 □取得 □取得見込
		S・H・R 年 月 日 □取得 □取得見込
		S・H・R 年 月 日 □取得 □取得見込

パソコンスキル(使えるOS: □Windows □Mac)

*使えるソフトに□チェックし、出来る操作に○印をつけてください。

□Excel (入力 ・ 書式設定 ・ 表 ・ グラフ ・ 計算式設定 ・ マクロ ・ VBA)
 □word (入力 ・ 書式設定 ・ 表 ・ 文書作成 ・ 差し込み印刷)
 □outlook (メールの送受信 ・ ファイルの添付 ・ アドレス帳の入力)
 □その他ソフト

趣味・特技	最近関心を持った事柄
あなたの性格	
[長所]	[短所]

志望動機・自己PR				
勤務可能な時期	残業			
令和 年 月 日以降可能	□可 □不可			
採用希望期間する	□1年以上	□6か月以上1年未満	配偶者	□有 □無
	□6か月未満(令和 年 月 日まで可能)		配偶者の扶養	□有 □無
	※任用期限は1年間(年度末まで)です。次年度への継続は欠員状況、予算、その他事由により判断されます。			
扶養親族	()人(※配偶者を除く)			
賞罰	□有 □無			

欠格事項 ※下記の(1)~(3)に該当する場合は応募資格がありません。

(1) 禁固以上の刑に処され、その執行を終わるまで、またはその執行を受けることがなくなるまでの者
 (2) 沖縄県後期高齢者医療広域連合職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
 (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法または、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、またはこれに加入した者

私は、本申込書に記載した事項が事実であること及び、上記の欠格事項に該当しないことを誓います。また、任用に必要な調査等があった場合は、これに同意し、会計年度任用職員の採用に係る申込書を提出いたします。

令和 年 月 日 署名