

日光市母子・父子自立支援員兼
女性相談支援員 採用試験申込書

写真貼付欄

※申し込みの際には
写真は貼らないで
ご持参ください。

※受付番号					
※受付日		令和8年	月	日	

試験区分	母子・父子自立支援員兼女性相談支援員			
(ふりがな)			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (令和8年4月1日で満 歳)
氏名				
現住所	〒 - () 方) 電話 - -			
帰省先 (現住所と同じ場合は同上と記入)	〒 - () 方) 電話 - -			
合格通知送付先	合格通知送付先を○で囲んでください。 現住所 ・ 帰省先			
学歴	学校名	学部・学科	在学期間	備考
	中学校		年 月から 年 月まで	卒業
			年 月から 年 月まで	卒業見込・卒業・中退
			年 月から 年 月まで	卒業見込・卒業・中退
			年 月から 年 月まで	卒業見込・卒業・中退
職歴	勤務先(所属名まで)	職務内容	所在地	在職期間
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
資格・免許等	名称	取得機関	取得年月日	
			年 月	
			年 月	
			年 月	

※受付番号

母子・父子自立支援員兼女性相談支援員になることを志望する理由は何ですか。

文化・ 体育等 活動歴	活動内容・成績等	所属団体名	活動期間
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

・刑事事件について、起訴、逮捕又は取調べを受けたことがありますか。(あ る ・ な い)

・拘禁刑以上の刑に処せられたことがありますか。(あ る ・ な い)

・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ことがありますか。(あ る ・ な い)

私は、試験案内にある受験資格を全て満たしており、この申込書に記載したことは事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

【注意】

- 記載事項に不正があると、日光市会計年度任用職員として採用されません。
- ※印を除いて、太線で囲んだ部分の該当する箇所に、万年筆、ボールペン等を用いて、楷書で丁寧に記入してください。
- それぞれの欄に書ききれないときは、別紙(様式任意)に記入をしてこの申込書に添付 してください。
- この申込書は、令和8年5月29日午後5時15分までに、日光市健康福祉部子ども家庭支援課(日光市役所本庁舎1階)に持参のうえ、提出してください。