|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和6年度　庄内町会計年度任用職員（特定職）申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 応募職種 | 介護認定調査員 |
| （フリガナ） |  | 性　別 | ※　男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | ※昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | 年　齢 | 　　　　　　歳　　　　　　　　　　　　（R6.4.1現在） |
| 住　　所 | 〒　　　　　－　 |
| 電話番号 | 　（　　　　　　）　　　　　－ |
| 連絡先 |  |
| 返信郵送先 | 〒　　　　　－　　　 |
| 応募の動機 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※部分は○で囲んでください。

　上記のとおり、庄内町会計年度任用職員に応募します。

　　令和　　　年　　　月　　　日

氏　名（自署）

　　庄内町長　　富　樫　　　透　殿