

岡山市介護保険認定調査員申込書記入要領

- 1 記載事項に誤りや不正があると、職員に採用される資格を失うことがあります。
- 2 ※印欄を除くすべての欄に、インク又はボールペンを用いて、かい書でいねいに**自書**してください。
数字は算用数字を用い、フリガナはカタカナで書いてください。
該当する事項は○で囲ってください。

現住所 は、現在住んでいるところで、他家に同居している場合には必ず同居先を詳しく記入してください。

連絡先 は、通知その他の連絡を現住所以外のところに希望する場合のみ記入してください。

学歴 は、専門学校等を含め、高等学校以降のものを記入してください。卒・卒見等の区別は必ず○で囲ってください。

職歴 は、自家営業を含めて、今までの勤務経験を記入してください。（欄に書ききれない場合は、別途A4サイズの内紙に記入し、添付してください。勤務経験がない場合は、「なし」と記入してください。）

資格・免許 は、取得見込みのものも記入してください。取得又は見込を○で囲ってください。（欄に書ききれない場合は、別途A4サイズの内紙に記入し、添付してください。）

志望動機 は、なぜ岡山市を志望するのかを記入してください。

自己PR は、自己の長所をスポーツ、文化、ボランティア活動などとあわせて記入してください。

志 望 動 機	
自 己 P R	

岡山市介護保険認定調査員申込書

岡山市保健福祉局介護保険課

○記入要領をよく読んでから記入してください

フリガナ 氏名	国籍 (該当するものを○で囲むこと)	・日本国籍 ・外国籍	受験番号	※ (介護保険課記入)
生年月日 昭和・平成 年 月 日生		性別 男・女	写 真 (ﾀﾞｲ5 cm×ｺﾞｺ4 cm) 1 写真をはってください。 2 写真は最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとし、ノリを全面につけてはってください。	
フリガナ 現住所		〒□□□-□□□□ Tel () - 携帯 () 方呼出		
フリガナ 連絡先 (合格通知その他の連絡を現住所以外のところに希望する場合のみ記入のこと)		〒□□□-□□□□ Tel () - 携帯 () 方呼出		

学	学 校 名	学 部 ・ 学 科 ・ 課 程 名	所 在 地	在 学 期 間	卒 ・ 卒 見
歴	高等学校		市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	卒 ・ 中退 ・ 転校
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	卒 ・ 中退 ・ 転校
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	卒 ・ 中退 ・ 転校
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	卒 ・ 中退 ・ 転校
	最終(現在)		市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	卒 ・ 卒見 修 ・ 修見
職	勤務先 (部課名まで)	職務内容	所 在 地	勤 続 期 間	
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	
			市区 町村	昭 平 年 月 ～ 年 月	
資格・免許	名 称	取得年月	名 称	取得年月	
	介護支援専門員	昭 平 年 月 . 取得 見込	保健師	昭 平 年 月 . 取得 見込	
	看護師	昭 平 年 月 . 取得 見込	社会福祉士	昭 平 年 月 . 取得 見込	
	自動車運転免許	昭 平 年 月 . 取得 見込		昭 平 年 月 . 取得 見込	
		昭 平 年 月 . 取得 見込		昭 平 年 月 . 取得 見込	

(裏面あり)