

令和8年度 有田川町金屋文化保健センター管理人業務
受託者(個人) 申込書

		受験番号	※
写真貼り付け位置 縦4cm横3cm (正面無帽) ※6カ月以内に撮影したもの ※写真の裏側には氏名を記入	ふりがな 氏 名	職 種	(総務政策部) 有田川町金屋文化保健センター管理人
	生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (令和7年4月1日現在 満 歳)		性 別
現 住 所	〒 電 話 () - Eメール		
連 絡 先 ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入	〒 電 話 () -		

■学 歴

学 校 名	学部・学科名	期 間
中学校		昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月
		昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月
		昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月
		昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月
		昭・平 年 月 ～ 昭・平 年 月

■職 歴

勤 務 先	職務内容	期 間
		昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月

■資格・免許

昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月	
昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月	

令和8年度有田川町金屋文化保健センター管理人業務受託者(個人)を上記のとおり申し込みます。
なお、私は地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。また、申込書記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日 申込者氏名(署名) _____

- <記入上の注意>
- 1. 記入はすべて自筆で、黒のインクまたはボールペンで記入してください。
 - 2. 数字は算用数字を用い、楷書ではっきりと正確にお書きください。
 - 3. 受験番号を除く全ての欄に漏れなく記入してください。