

府中市時間額制会計年度任用職員登録申込書

1 回当たりの勤務希望期間 ※ 複数選択可	<input type="checkbox"/> 長期（7か月以上） <input type="checkbox"/> 短期（1～6か月）【時期を希望する場合：___月～___月】 <input type="checkbox"/> 短期（1か月未満）【時期を希望する場合：___月】
勤務希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土・日可 週___日勤務
1 日の勤務希望時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 から <input type="checkbox"/> 午後 時 分まで 備考（_____）
希望する（従事可能な）作業・業務 ※ 複数選択可	<input type="checkbox"/> 書類の分類・整理 <input type="checkbox"/> 文字・数字の照合 <input type="checkbox"/> 封入・封緘 <input type="checkbox"/> データ入力（表計算） <input type="checkbox"/> 資料作成（文書作成） <input type="checkbox"/> 受付・案内 <input type="checkbox"/> その他（_____）
資格（取得日） ※ 保健師などの専門職のみ	（取得日_____年___月___日）
勤務に当たっての希望	
特記事項	

※ 該当する□にレ印を記入してください。

私は、府中市会計年度任用職員の登録について、上記のとおり申し込みます。  
なお、私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項には該当しません。

令和 年 月 日

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_（自署）

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日生

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 電話番号は、日中連絡がとれるもの