

# 袋井市会計年度任用職員 採用選考申込書

(西暦) 年 月 日

袋井市長宛

住 所 \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日 \_\_\_\_\_

私は、袋井市会計年度任用職員公募案内について、記載内容を理解しましたので、次のとおり関係書類を添えて応募します。

また、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していないこと、関係書類に虚偽記載のないこと、代理で選考を受ける等不正な行為をしないことを誓約します。

なお、申し込み後、記入事項に変更が生じた場合は、速やかに担当者へ連絡します。

## 【申込職種】

・【障がい者雇用】事務補助 \_\_\_\_\_

## 【面接希望日】(例:○月○日(午前)など)

第1希望 月 日( ) 第2希望 月 日( )

その他( 月 日( ))

申し込みの際は、次の内容を承諾の上、レ点を記載ください。

☐ 公募の案内及び選考のための情報利用に同意します。

※1 市役所の会計年度任用職員に欠員が生じた場合の案内

※2 市役所内における選考情報の共有

※3 任用手続きに係る利用