

受付No.	受付日
-------	-----

長崎市 会計年度任用職員申込書（令和7年度）

ふりがな 氏名		長崎市職員番号 <small>※番号が既に付与されている方は記載してください。 (数字6桁)</small>		写真 縦36～40mm、 横24～30mm程度で 上半身脱帽正面の ものを貼ってください。	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生（満 歳） <small>※令和7年4月1日時点</small>		男・女			
ふりがな 現住所 〒				連絡先	
<input type="checkbox"/> 前回の申込書提出後に住所を変更している方はチェックをお願いします。				緊急連絡先	
学歴	学校名	学部学科名	在学期間		修学区分
	最終前		S・H・R 年 月から		<input type="checkbox"/> 卒業
			S・H・R 年 月まで		<input type="checkbox"/> 中退
	最終		S・H・R 年 月から		<input type="checkbox"/> 卒業
		S・H・R 年 月まで		<input type="checkbox"/> 中退	
職歴	勤務先名	在職期間		業務内容	
	長崎市役所以外		S・H・R 年 月から		
			S・H・R 年 月まで		
			S・H・R 年 月から		
			S・H・R 年 月まで		
			S・H・R 年 月から		
			S・H・R 年 月まで		
			S・H・R 年 月から		
			S・H・R 年 月まで		
			S・H・R 年 月から		
			S・H・R 年 月まで		
長崎市	※長崎市役所で勤務歴がある方は、最終（又は現在）の所属名を記入してください。				
	所属名：	任用期間	年 月～	年 月	
免許・資格	取得年月	名称	取得年月	名称	
	S・H・R 年 月		S・H・R 年 月		
	S・H・R 年 月		S・H・R 年 月		
	S・H・R 年 月		S・H・R 年 月		
※該当者のみ 兼業先	企業・団体名	役職・雇用形態	勤務時間	業務内容	
配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		扶養家族(配偶者を除く) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※長崎市に職員として勤務している親族（人事管理上必要なため、記入をお願いします。）					
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		（氏名		続柄	

