**応募申込書（会計年度任用職員（保健師又は社会福祉士））**

氏名（　　　　　　　　　　　　　）

**１　応募職種**（該当するものに○を付けてください。）

①保健師

②社会福祉士

**２　通勤手段**

**（１）移動手段**（該当するものに○を付けてください。）

　　①自家用車　　②単車　　③自転車　　④その他（　　　　　　）

**（２）車両任意保険の加入**（上記で車両を選択した場合は、該当するものに○を付けてください。）

　　①加入あり　　②加入なし

**３　職歴**（保健師又は社会福祉士として勤めた際の職歴（通算５年分まで）があれば記入してください。報酬額を決定する際に使用しますので、誤りのないように記入してください。在宅登録のみで勤務していない期間は除いてください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務期間 | 勤務先 | 一月の勤務日数 | 一日の勤務時間数 |
| 年　 月～　　年　 月 |  | 日 | 時間 |
| 年　 月～　　年　 月 |  | 日 | 時間 |
| 年　 月～　　年　 月 |  | 日 | 時間 |
| 年　 月～　　年　 月 |  | 日 | 時間 |
| 年　 月～　　年　 月 |  | 日 | 時間 |

**４　現在の勤務先の有無**（該当するものに○を付けてください。勤務先ありを選択した場合は、職種を記入してください。）

①勤務先あり（職種：　　　　　　　　　　　　）　　②勤務先なし