

西之表市地域包括支援センター職員採用申請書

平成29年度西之表市地域包括支援センター職員としての採用の申請をします。

希望職種	保健師		
申請年月日	平成 年 月 日		
採用申請者	現住所		
	(ふりがな) 氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (平成29年4月1日現在 満 歳)	
	電話番号	()	

※連絡先が、上記と異なる場合は下記にご記入下さい。

住所

氏名

(様方)

電話番号

()

私は、西之表市地域包括支援センター職員として採用の申請をしますが、次の各号のいずれにも該当していません。

- (1) 成年被後見人及び被保佐人
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者
- (4) 市内に住所を有しない者（業務開始までに住民票を異動する見込みの者）
- (5) 市税等を滞納している者（今後概ね1年以内に完納が見込める者を除く）

記載のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

氏名



※裏面も確認の上、署名・押印してください

誓約書

私は、西之表市及び西之表市地域包括支援センターの関係規定を遵守し、情報の漏洩等がないよう充分注意し、職務上知り得たことを他人にもらさず、また、その職務を退いた後も同様に守ることを誓約します。

平成 年 月 日

氏名

印