

上益城郡 5 町消費生活相談員
(会計年度任用職員) 申込書

御船町・嘉島町・益城町・甲佐町・山都町

申込日： 令和 年 月 日

※記入不要

申込番号 町第 号

申込受付町 町

受付年月日 年 月 日

写真貼付

(縦 4 cm×横 3 cm)

上半身、脱帽、
正面向きで
3 ヶ月以内に
撮影したもの

| | | | |
|-------------|------------|--|----------------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏 名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| 住所及び 連絡先 | 〒 - | | |
| | (携帯電話) - - | | (電話) - - |

| | | | |
|---|---------|--|---------------|
| 申込職種 | 職 種 名 | | 希望勤務先 |
| | 消費生活相談員 | | 上益城郡内 5 町相談会場 |
| 勤務形態等 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 | 勤務期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 8 年 4 月 1 日から令和 9 年 3 月 3 1 日まで | |
| | 勤務日数 | <input checked="" type="checkbox"/> 週 2 ～ 3 日の勤務日数 (シフト制) | |
| | 勤務時間 | <input checked="" type="checkbox"/> 午前 9 時から午後 4 時まで (勤務体制により半日勤務もあり) | |
| その他希望、 配慮事項等 | | | |

| | | | | |
|--|-------------|------------------|---|----------|
| 消費生活相談員に関する資格の取得状況 ※資格を有している場合は資格証の写しを添付してください。 | 資格名称 | 認定者 | 資格取得状況 | 取得(見込)年月 |
| | 消費者生活相談員 | 国家資格 | <input type="checkbox"/> 資格を有している <input type="checkbox"/> 資格を有していない | 年 月 |
| | 消費生活専門相談員 | 独立行政法人国民生活センター認定 | <input type="checkbox"/> 資格を有している <input type="checkbox"/> 資格を有していない | 年 月 |
| | 消費生活アドバイザー | 一般財団法人日本産業協会認定 | <input type="checkbox"/> 資格を有している <input type="checkbox"/> 資格を有していない | 年 月 |
| 上記以外の免許・資格等の取得状況 ※資格要件となっているものは、免許・資格証の写しを添付してください。 | 消費生活コンサルタント | 一般財団法人日本消費者協会認定 | <input type="checkbox"/> 資格を有している <input type="checkbox"/> 資格を有していない | 年 月 |
| | 免許・資格等の名称 | 取得(見込)年月 | 免許・資格等の名称 | 取得(見込)年月 |
| | | 年 月 | | 年 月 |
| | | 年 月 | | 年 月 |
| | | 年 月 | | 年 月 |

※太枠内を記入してください。

※裏面あり

| 学 歴 ※新しいもの から順に記入 してください。 | 学校名 | 学部・学科 | 期 間 | 該当□に✓ |
|---|----------------|--|----------------|--|
| | | | 年 月から 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 見込 <input type="checkbox"/> 中退 |
| | | | 年 月から 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 |
| | | | 年 月から 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 |
| 職 歴 ※新しいもの から順に記入 してください。 ※記入欄が不足 する場合は、 別紙に記入し てください。 | 勤務先名称 所属部署名 | 勤務形態 <small>※該当する□に✓</small> | 勤務内容 | 勤務期間 |
| | | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 | | 年 月から 年 月まで |
| | | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 | | 年 月から 年 月まで |
| | | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 | | 年 月から 年 月まで |
| | | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他 | | 年 月から 年 月まで |

| パソコン操作 について ※該当するもの に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて ください。 | WORD | <input type="checkbox"/> 図や差し込み文書の作成等ができる <input type="checkbox"/> 入力など、簡易な操作のみできる <input type="checkbox"/> 未経験 |
|--|--|---|
| | EXCEL | <input type="checkbox"/> 関数やグラフの作成等ができる <input type="checkbox"/> 入力など、簡易な操作のみできる <input type="checkbox"/> 未経験 |
| | その他 <small>※使用可能なソフト、経験等について記入ください。</small> | |

| 志望動機 自己PR | |
|--------------|--|
|--------------|--|

| 署 名 欄 | 私は、以下のいずれにも該当していません。 (1) 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 (2) 御船町、嘉島町、益城町、甲佐町及び山都町において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 (3) 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 | |
|-------------|--|----------------------|
| | この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。 上益城郡5町（御船町・嘉島町・益城町・甲佐町・山都町）消費生活相談員（会計年度任用職員）の任用申込みに関する要項及び下記の注意事項を承知の上、申し込みます。 | |
| | 令和 年 月 日 氏名（自署） | <input type="text"/> |

| 注 意 事 項 | ・登録申込書及び添付書類については一切返却いたしません。また、登録完了についても特にお知らせいたしません。 ・書類選考を実施した場合は、合格者のみに選考結果の通知を行い、それ以外の方には特にお知らせいたしません。 ・会計年度任用職員への任用を希望しなくなった場合は、登録を取り消す必要がありますので必ずご連絡ください。 ・本申込書1枚で上益城郡内5町の消費生活相談員への申込みとなります。任用の際は郡内各町からの任用となります。 |
|------------------|---|
|------------------|---|