

別記第16号様式（第4の1関係）

育休代替任期付教職員候補者登録申込書（1/2）

年 月 日現在

※写真を貼ってください 1 縦36-40mm 横24-30mm 2 胸上無背景	勤務可能な勤務地等	氏名
	<input type="checkbox"/> 道立学校（高校・特別支援学校）を希望 <input type="checkbox"/> 小中学校を希望	(ふりがな)
	<input type="checkbox"/> 全道どこでも可 <input type="checkbox"/> () 教育局管内であれば可 <input type="checkbox"/> () 市・町・村 限定	性別
現住所		男・女
電話番号 自宅・携帯 ()		生年月日
		昭和・平成 年 月 日 (歳)
連絡先（帰省先等上記以外に連絡先がある場合は記入してください）		登録番号（※道教委記載欄）
電話番号 自宅・携帯 ()		

■ 経歴・職歴

（中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入）

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	退職理由	在籍(雇用)期間
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月

〈趣味、特技〉		普通自動車運転免許の有無 有・無
扶養親族数 (配偶者除く) 人	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無
〈健康状態・既往歴〉（いずれかにレを記入） <input type="checkbox"/> 特に大きな病気をしたことはない <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気がある 病名： <input type="checkbox"/> （1ヶ月以上の）病気をしたことがある 時期： 年 月～ 年 月 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の交付を受けている（ 手帳 級・判定）		
〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉		過去の賞罰（表彰・懲戒処分等） 有（ ）・無

育休代替任期付教職員候補者登録申込書（2 / 2）

年 月 日現在

職 種	登録番号	氏名
※募集案内P2「募集職種ごとの主な職務内容及び配属先」に記載してある職種名を記載してください。	※道教委記載欄	(ふりがな)

免 許 状	種類	教科（科目）	番号	授与年月日	授与権者	有効期間又は修了確認期限

※免許状の種類は、小専、中1、高1、特1、養教2のように略記すること。

応募する職種が、（教諭、養護教諭、栄養教諭、助教諭、養護助教諭）の方	<p>私は、地方公務員法第16条及び学校教育法第9条の各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される道教委育休代替任期付職員選考において、本申込書が使用されることに同意します。 <u>（日付、氏名とも必ず自筆で記入。記入のない場合は、原則として受理しません。）</u></p> <p>年 月 日 氏名（自筆）</p>
応募する職種が上記以外の方（小中学校事務職員、実習助手、寄宿舎指導員、学校栄養職員）	<p>私は、日本国籍を有しており地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される道教委育休代替任期付職員選考において、本申込書が使用されることに同意します。 <u>（日付、氏名とも必ず自筆で記入。記入のない場合は、原則として受理しません。）</u></p> <p>年 月 日 氏名（自筆）</p>

< A4サイズ：片面で印刷すること >