受付

令和８年度　調布市子ども発達センター会計年度任用職員採用選考　申込書

希　望　職　種

※受験番号

※　太枠内は受付で記入します

写　真
縦４ｃｍ
横３ｃｍ

ふりがな		性　別
氏　　名		男・女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　歳）	
現住所	〒　　－　　電　　話（　　）　　－　　携帯電話（　　）　　－	
	Ｅメール	
緊急時連絡先（家族等）	〒　　－　　電　　話（　　）　　－	

◎中学からの学歴をご記入ください。

	学校名（学部・学科）	在学期間	区　　分
学歴	義務教育卒業年月（中学卒業年月）	Ｓ・Ｈ　　年　　月	卒　　業
		Ｓ・Ｈ　　年　　月から Ｓ・Ｈ　　年　　月まで	卒　　業　・　年中退 卒業見込　・　年在学
		Ｓ・Ｈ　　年　　月から Ｓ・Ｈ　　年　　月まで	卒　　業　・　年中退 卒業見込　・　年在学
		Ｓ・Ｈ　　年　　月から Ｓ・Ｈ　　年　　月まで	卒　　業　・　年中退 卒業見込　・　年在学

◎職歴（５か所以上の勤務先がある場合は、直近の勤務先を記入してください。）

	勤務先	勤務内容	在職期間・年月	在職区分	雇用区分
職歴			年　月から 年　月まで 年　ヶ月	退　職 在職中	正規雇用　・　契約 嘱託　・　派遣 その他（　　）
			年　月から 年　月まで 年　ヶ月	退　職 在職中	正規雇用　・　契約 嘱託　・　派遣 その他（　　）
			年　月から 年　月まで 年　ヶ月	退　職 在職中	正規雇用　・　契約 嘱託　・　派遣 その他（　　）
			年　月から 年　月まで 年　ヶ月	退　職 在職中	正規雇用　・　契約 嘱託　・　派遣 その他（　　）

◎免許・資格等をご記入ください。

	名　称	取得（見込み）年月日		交付機関
免許・資格等	第一種普通自動車免許	年　　月　　日	取得　・　取得見込	
		年　　月　　日	取得　・　取得見込	
		年　　月　　日	取得　・　取得見込	
		年　　月　　日	取得　・　取得見込	

◎志望理由（100 字以上で記入してください

◎保健、医療、障害福祉、児童福祉、子どもの発達に関する相談業務の勤務実績や経験について（５か所以上の勤務先・所属がある場合は、直近の勤務先・所属を記入し、職務経歴書（様式任意）を添付）

期間	勤務先・所属	対象者	具体的な業務内容
年　月　日から 年　月　日まで			
年　月　日から 年　月　日まで			
年　月　日から 年　月　日まで			
年　月　日から 年　月　日まで			

◎勤務可能な曜日等について

勤務可能な曜日 ※可能な曜日全てを〇で囲む	月　・　火　・　水　・　木　・　金
勤務可能日数	ひと月当たり　　日
いつから勤務可能か	令和　８　年　　月　　日から
その他、勤務において希望すること等	

◎兼業の状況について

兼業の有無（該当する方に〇） ※１番を選択した方は、以下について記入	１　　有	２　　無
勤務先		
勤務日数（週当たりもしくは月当たり）	週　　日　／　月　　日	
１日当たりの勤務時間	時間	
勤務先		
勤務日数（週当たりもしくは月当たり）	週　　日　／　月　　日	
１日当たりの勤務時間	時間	

※個人事業主や家族が営む自営業の手伝い等については、勤務先以降の欄への記入は不要です。

受付

令和８年度　調布市子ども発達センター会計年度任用職員採用選考　申込書

記入例

募集する職種は、以下のとおりです。
・理学療法士

希　望　職　種	受付番号
理学療法士	

※　太枠内は受付で記入します

写　真
縦４ｃｍ
横３ｃｍ

・必ず黒のボールペンを使用して自筆で記入し、ンや鉛筆、修正液は使用しないでください。
・生年月日や期間の記入は全て和暦でお願いします。
・申込書はＡ４の用紙に両面（左右開き）で印刷してください。

ふりがな		性　別
氏　　名		
生年月日	昭和・平成　〇〇年	
現 住 所	〒　〇〇〇－〇〇〇〇 東京都調布市小島町〇－〇	
	Ｅメール　〇〇〇〇〇〇	
緊急時連絡先（家族等）	〒　〇〇〇－〇〇〇〇 東京都調布市小島町〇－〇－	

子ども発達センターからのメールを受信できるアドレスを記入してください。
※子ども発達センターのメールアドレス：
ayumi@city.chofu.lg.jp

◎中学からの学歴をご記入ください。

	学校名（学部・学科）		
学歴	義務教育卒業年月（中学卒業年月）	~~S~~・H〇〇年〇〇月	卒　業
	〇〇高等学校	~~S~~・H〇〇年〇〇月から ~~S~~・H〇〇年〇〇月まで	卒　業 ・ 年中退 卒業見込 ・ 年在学
	〇〇大学〇〇学部〇〇学科	~~S~~・H〇〇年〇〇月から ~~S~~・H〇〇年〇〇月まで	卒　業 ・ 年中退 卒業見込 ・ 年在学
		S・H　年　月から S・H　年　月まで	卒　業 ・ 年中退 卒業見込 ・ 年在学

◎職歴（５か所以上の勤務先がある場合は、直近の勤務先を記入してください。）

	勤務先	勤務内容	在職期間・年月	在職区分	雇用区分
職歴	〇〇市〇〇課	〇〇〇〇	平成〇年〇月から 平成〇年〇月まで 〇年〇〇ヶ月	退　職 在職中	正規雇用 ・ 契約 嘱託 ・ 派遣 その他（　　）
	ＮＰＯ法人〇〇〇〇	〇〇〇〇	平成〇年〇月から 年　月まで 年　ヶ月	退　職 在職中	正規雇用 ・ 契約 嘱託 ・ 派遣 その他（　　）
	ＮＰＯ法人△△△△	〇〇〇〇	令和〇年〇月から 年　月まで 年　ヶ月	退　職 在職中	正規雇用 ・ 契約 嘱託 ・ 派遣 その他（　　）
			年　月から 年　月まで 年　ヶ月	退　職 在職中	正規雇用 ・ 契約 嘱託 ・ 派遣 その他（　　）

◎免許・資格等をご記入ください。

	名　称	取得（見込み）年月日		交付機関
免許・資格等	第一種普通自動車免許	平成〇〇年〇月〇〇日	取得 ・ 取得見込	〇〇〇〇
	社会福祉士	平成〇〇年〇月〇〇日	取得 ・ 取得見込	〇〇〇〇
	公認心理師	令和〇〇年〇月〇〇日	取得 ・ 取得見込	〇〇〇〇
		S・H　年　月　日	取得 ・ 取得見込	

◎志望理由（100 字以上で記入してください）

１００字以上で志望理由を記入してください。

◎保健、医療、障害福祉、児童福祉、子どもの発達に関する相談業務の勤務実績や経験について（５か所以上の勤務先・所属がある場合は、直近の勤務先・所属を記入し、職務経歴書（様式任意）を添付）

期間	勤務先・所属	対象者	具体的な業務内容
平成〇年〇月〇日から 平成〇年〇月〇日まで	〇〇市〇〇課	障害児・者	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
平成〇年〇月〇日から 年　月　日まで	ＮＰＯ法人 〇〇〇〇	発達障害の おそれがある方	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
令和〇年〇月〇日から 年　月　日まで	ＮＰＯ法人 △△△△	妊産婦、乳幼児 の保護者など	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
年　月　日から 年　月　日まで			

◎勤務可能な曜日等について

勤務可能な曜日 ※可能な曜日全てを〇で囲む	月 ・ 火 ・ 水
勤務可能日数 ※理学療法士は８日と記入	ひと月当たり　１０　日
いつから勤務可能か	令和　８　年１０　月　１　日から
その他、勤務において希望すること等	

ひと月あたりの勤務可能日数を記入してください。

兼業をしている方は、兼業先での勤務状況を記入してください。

◎兼業の状況について

兼業の有無（該当する方に〇） ※１番を選択した方は、以下について記入	1　有	2　無
勤務先	ＮＰＯ法人　〇〇〇〇	
勤務日数（週当たりもしくは月当たり）	週　１　日 ／ 月　　日	
１日当たりの勤務時間	７　時間	
勤務先		
勤務日数（週当たりもしくは月当たり）	週　　日 ／ 月　　日	
１日当たりの勤務時間	時間	

※個人事業主や家族が営む自営業の手伝い等については、勤務先以降の欄への記入は不要です。

令和８年度　調布市子ども発達センター会計年度任用職員採用選考

受　　験　　票

東京都調布市

希　望　職　種		受験番号	確認欄
ふりがな		生年月日	性別
氏　　名		昭和・平成　　年　　月　　日 （満　　歳）	男　・　女

下記記入例を参考に、職種・氏名・生年月日・性別欄に記入のうえ、点線で切り取って提出してください。

【記入例】

令和８年度　調布市子ども発達センター会計年度任用職員採用選考

受　　験　　票

応募する職種を御記入ください。

東京都調布市

希　望　職　種		受験番号	確認欄
		この部分には何も記入しないでください。	
ふりがな	**ちょうふ　はなこ**	生年月日	性別
氏　　名	**調布　花子**	昭和・平成　〇〇年　〇月〇〇日 （満　〇〇　歳）	男　・　女