

様似町地域おこし協力隊申込書

令和 年 月 日

様似町長 荒木 輝明 様

住所
応募者
氏名

印

様似町地域おこし協力隊の応募条件を承諾のうえ、次のとおり応募します。

ふりがな				写真を貼る位置 1. 縦36～40mm 横24～30mm
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別	男 ・ 女	
ふりがな				電話 ()
現住所	〒			—
				携帯電話
ふりがな				電話 ()
連絡先	〒			—
家族構成	配偶者 (有・無)		扶養者 (有・無)	
職業	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 嘱託職員 <input type="checkbox"/> 派遣・契約社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 家事手伝い <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 短大生 <input type="checkbox"/> 専門学校生 <input type="checkbox"/> 職業訓練校生 <input type="checkbox"/> 就職活動中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() ※該当するものに☑をつけてください。 勤務先名・学校名()所在地()			
資格・免許等	・運転免許 <input type="checkbox"/> 有 (□AT限定 / □MT) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 取得予定(月 日頃) ・インターネット、パソコン関連の資格 () ・その他 () ※該当するものに☑をつけてください。			
この応募に対する家族の理解度	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 本人の意思に任せる <input type="checkbox"/> 話をしていない <input type="checkbox"/> その他() ※該当するものに☑をつけてください。			
あなたの健康状態について	現在の健康状態 () 身長 (cm) 体重 (kg) 視力 (右) (左) 血液型(型) 大病したことがありますか(手術など) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名 期間) 過去、現在の疾病の状況について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [病名] ※該当するものに☑をつけてください。			

応募の動機

地域で取り組みたい活動内容

特技・趣味・自己PR

- ※ 書ききれない場合は、別紙(様式自由)で作成し、添付してください。
- ※ 応募用紙に記載された個人情報は、個人情報保護法に基づき厳正に管理します。

