

任用希望調書

受験番号	*	氏 名	
------	---	-----	--

◆ あなたが希望する勤務条件等について、以下の項目に○又は希望を記入してください。

1	社会保険 (健康保険)	↓ 社会保険（健康保険）への加入について、どちらかに○を記入してください。	
			加入要件を満たす場合、市の保険に加入する
			市の保険への加入を希望しない ※加入を希望しない場合、週20時間未満の勤務となります。
3	勤務日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ※勤務可能な曜日すべてに○をしてください。	
4	勤務可能 時間	午前 時 分 ～ 午後 時 分 1日 時間 分、週 日勤務 ※本町小学校の就業時間（午前8時15分から午後4時45分まで）の間で、 勤務可能な時間を7時間45分以内でご記入ください。 ※一週あたり38時間45分以上働くことはできません。	
5	勤務開始日	令和 年 月 日 から ※任用開始予定日の令和2年4月13日が難しい場合はご記入ください。	
6	勤務終了日	令和 年 月 日 まで ※任用終了予定日の令和2年10月31日より早まる場合はご記入ください。	
7	その他		

(注) *印欄は、記入しないでください。

面接試験の際に、この任用希望調書をもとに、任用形態を確認します。

ご希望をお書きください。

なお、業務等により、ご希望に応じられないことがあります。ご了承ください。

【お問合せ先】 西東京市教育部教育指導課
電話：042-420-2826（課直通）