

# 履歷書

受験番号	*
------	---

令和 年 月 日現在

写 真 上半身・脱帽 正 面 向	ふりがな			性別		
	氏名	(姓)	(名)	男 ・ 女		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	生 (満 歳)

(4 cm × 3 cm)

ふりがな		電話番号
現住所	(〒      -      )	市外局番 (      ) - -
ふりがな		電話番号
連絡先	(〒      -      )	市外局番 (      ) - -
携帯電話		

(連絡先欄は現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。連絡先は携帯電話でも可能です。)

資格等	取得年月日	資格等の名称
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
特技・趣味		
志望の動機		

子ども若者 応援課 使用欄	*
---------------------	---

西東京市

(注) \*印欄は、記入しないでください。

**令和8年度西東京市会計年度任用職員採用試験  
申込書**

令和 年 月 日

職名		受験番号	
乳幼児等医療事務員		*	
ふりがな			性別
氏名	(姓)	(名)	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生		
現住所	(〒) 都道府県 (方)		
	電話 ( ) - 呼び出し ( 方)		
連絡先	電話 ( ) - 呼び出し ( 方)		
	(現住所以外で、連絡が確実に伝わるところがあれば、記入してください。携帯電話でも可能です。)		
最終学歴	学校名	学部(研究科)名	学科(専攻・課程)名
	昭和 年 月 日 卒業 平成 年 月 日 卒業見込み 令和 年 月 日 修了 卒業見込み 修了 中退		
勤務先 (現在、就職している方)	名称		
	在職年数	年 月 (申込日現在)	
併願先 (西東京市会計年度任用職員の他の職を受験する場合)		西東京市での勤務状況(申込日現在)	
所管課	職員番号		所属課
職名	職名		

(注) 1 \*印欄は、記入しないでください。

2 記入は、黒インク又は油性ボールペンを使用してください。

令和8年度西東京市会計年度任用職員採用試験  
受 験 票

職 名	受 験 番 号
乳幼児等医療事務員	*

ふりがな		
氏 名	(姓)	(名)
生年月日	昭和・平成	年 月 日 生

1 面接試験の日時・場所

- (1) 日 時 令和8年2月14日(土)
- (2) 集合時間 午前・午後 時 分
- (3) 集合場所 西東京市役所 田無第二庁舎2階 子ども若者応援課相談室
- (4) 持ち物 受験票

2 注意事項

- (1) 面接試験の際、この受験票を必ず持参してください。
- (2) 係員の指示に従ってください。
- (3) 車での来場はご遠慮ください。

(注) \*印欄は、記入しないでください。