

由仁町地域おこし協力隊応募用紙

令和 年 月 日

由仁町長 様

由仁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)	
氏 名	印						
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別		男・女
ふりがな							
現住所	〒						
出身地	※市区町村まで記載願います。						
電話番号	(自宅)			(携帯電話)			
Eメールアドレス	※携帯電話アドレスは不可						
勤務先 又は学校名							
家族構成	氏 名	続柄	年齢	居住市町村	勤務先・学校/学年	同居・別居	
						同・別	
						同・別	
						同・別	
						同・別	
健康状態	※「有」に○の場合は()内に具体的に記入して下さい。						
	1 何か身体上の障害はありますか。 有()・無						
	2 過去に大きな病気をしたことがありますか。 有()・無						
免許・資格	3 現在治療中の病気はありますか。 有()・無						
	年	月	免許・資格名				
自動車免許	(1)MT (2)AT 限定 ※自動車運転免許は応募において必須です。						

PCスキル	(1)Word、Excelの基本操作ができる。 (2)LINEなどのSNSを活用できる。				
学歴	学校名	学部・学科名	在学期間	修学年限	○で囲む
			自 年 月 日 至 年 月 日	学年	卒業・卒見・ 中退
			自 年 月 日 至 年 月 日	学年	卒業・卒見・ 中退
			自 年 月 日 至 年 月 日	学年	卒業・卒見・ 中退
			自 年 月 日 至 年 月 日	学年	卒業・卒見・ 中退
			自 年 月 日 至 年 月 日	学年	卒業・卒見・ 中退
職歴	勤務先	所在地 (市町村まで)	在職期間	雇用形態	退職理由
			自 年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	
			自 年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	
			自 年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	
			自 年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	
			自 年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他	

あなたの趣味・思考を教えてください。	
・主な休日の過ごし方	
・影響を受けた本	
・印象に残っている観光地	
・趣味・スポーツ	
・興味・関心のある社会課題	

得意分野（自分が学問領域や職業として積み重ねた経験、その他、得意分野などがあればご自由にお書き下さい）

応募動機

地域公共交通を活用してあなたが取り組みたいこと

