

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市教育委員会

浜松市会計年度任用職員(看護師 週 19 時間勤務)
任用選考応募用紙

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

私は、浜松市会計年度任用職員(看護師 週 19 時間勤務)募集案内の記載事項を了承し、次のとおり、関係書類を添えて浜松市会計年度任用職員(看護師 週 19 時間勤務)の任用選考に応募します。

なお、関係書類に虚偽の記載のないこと及び代理で選考を受ける等不正な行為をしないことを誓約します。