

# 道志村「地域おこし協力隊員」応募用紙

令和 年 月 日

道志村長 様

住所  
応募者  
名前

印

道志村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. 大きさ 縦 40mm 横 30mm 2. 本人単身胸から上
名前						
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	才	性別	男・女	
ふりがな						電話 ( ) —
現住所	〒					携帯電話
家族構成	配偶者 (有・無)		扶養者 (有・無) ※有の場合 (人)			
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	・普通自動車運転免許 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> AT限定 / <input type="checkbox"/> MT) <input type="checkbox"/> 無 ・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。					
健康状態	現在の健康状態 ( ) 身長 ( cm) 体重 ( kg) 視力 (右 ) (左 ) 血液型 ( 型) 病気を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。