

会計年度任用職員登録申込書【障害者対象】

(写真)
縦 4 cm
横 3 cm

ふりがな		性別※
氏 名		
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
ふりがな		
現住所	〒	
電話番号	(携帯) (自宅)	

※性別欄は未記入可

○希望欄

勤務場所	<input type="checkbox"/> 県内どこでも勤務可能	<input type="checkbox"/> 片道	分以内
勤務可能日	令和 年 月 日		
自家用車	<input type="checkbox"/> 通勤可能 <input type="checkbox"/> 通勤不可能		

○任用条件に係る手帳等 (該当するものについて記入してください。)

身体障害者手帳等	交付機関		交付年月日	
	障害名		障害等級	
療育手帳等	交付機関		交付年月日	
	障害の程度			
精神障害者保健福祉手帳	交付機関		交付年月日	
	障害等級		有効期限	

○ 学歴

学 校 名 (高校・高専等以降)	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間	
		年 月 ～ 年 月	卒・中退
		年 月 ～ 年 月	卒・中退
最 終 (現在)		年 月 ～ 年 月	卒・卒見込 修了・中退

(※裏面もあります)

○ 職歴 ※職歴のある人は、その職務経歴を新しい順に記入してください。

勤務先	職務内容	在職期間
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日

○ 資格・免許

資格・免許の種類	取得年月日

(取得見込みの場合はその旨記載してください)

記載事項に相違ありません。

また、私は地方公務員法第 16 条に該当して
おりません。

年 月 日

氏 名

(自署)