

# 大津市チャレンジ雇用における会計年度任用職員（一般労務補助：障害者）採用試験申込書

\*黒のボールペンではっきりと、枠内に収まるように記入してください。

令和 年 月 日

|            |          |     |
|------------|----------|-----|
| フリガナ<br>氏名 | 性別（回答任意） |     |
| 生年月日       |          | 満 歳 |
| 年 月 日生     |          |     |

写真を貼る位置  
縦：4cm、横3cm  
・上半身、脱帽、  
正面向き  
・半年以内に撮影した  
もの  
・裏面に氏名を記載

|                          |   |                              |
|--------------------------|---|------------------------------|
| フリガナ<br>現住所              | 〒 | 電話<br>( ) -<br>携帯電話<br>( ) - |
| 緊急時連絡先<br>(連絡先方の氏名：<br>〒 |   | 電話<br>( ) -<br>携帯電話<br>( ) - |

|    |                     |                        |
|----|---------------------|------------------------|
| 学歴 | 学校名（学部・学科等）<br>(最終) | 在学期間<br>年 月から<br>年 月まで |
|    | (その前)               | 年 月から<br>年 月まで         |

|    |                                   |      |                      |
|----|-----------------------------------|------|----------------------|
| 職歴 | 勤務先（アルバイト、就労支援機関での訓練を含む。）<br>(最終) | 職務内容 | 期間<br>年 月から<br>現在に至る |
|    | (その前)                             |      | 年 月から<br>年 月まで       |
|    | (その前)                             |      | 年 月から<br>年 月まで       |
|    | (その前)                             |      | 年 月から<br>年 月まで       |
|    | (その前)                             |      | 年 月から<br>年 月まで       |
|    | (その前)                             |      | 年 月から<br>年 月まで       |
|    | (その前)                             |      | 年 月から<br>年 月まで       |
|    | (その前)                             |      | 年 月から<br>年 月まで       |

※ 職歴欄に記載しきれない場合は、続きを別紙に記入してください。

※裏面も記入してください。

|  |                                     |     |                       |  |
|--|-------------------------------------|-----|-----------------------|--|
| 取得（見込）年月   | 資格・免許                               |     |                       |  |
| 年 月  |                                     |     |                       |  |
| 年 月  |                                     |     |                       |  |
| 年 月  |                                     |     |                       |  |
| 年 月  |                                     |     |                       |  |
| 障害について   | 手帳種別（○で囲む）                          |     | 等級（該当するところに記入、又は○で囲む） |  |
|  | 身体障害者手帳・療育手帳                        |     | 等級：（ ）級               |  |
|  | 判定書・精神障害者保健福祉手帳                     |     | 判定区分： A1 A2 B1 B2     |  |
| 障害名（診断名）   |                                     |     |                       |  |
| 受験上の配慮の有無（どちらかに○）  | 有・無（有の場合は、以下に具体的に記入してください。例：車いすで受験） |     |                       |  |
| 応募動機   |                                     |     |                       |  |
|  |                                     |     |                       |  |
| 得意な業務  |                                     |     |                       |  |
|  |                                     |     |                       |  |
| 苦手な業務・障害があることで行うことが難しい業務   |                                     | 対応策 |                       |  |
|  |                                     |     |                       |  |
| 雇用にあたり、職場に配慮してもらいたいこと（定期通院、指示の出し方、職場環境等）   |                                     |     |                       |  |
| （*雇用主が配慮すべきことをお尋ねするものであり、採用の合否とは関係ありません。）  |                                     |     |                       |  |
|  |                                     |     |                       |  |
| 本人署名欄  |                                     |     |                       |  |
| 私は、選考案内の記載内容を確認のうえ、採用選考に申し込みます。なお、私は必要とされる受験資格を満たしており、地方公務員法第16条にも該当しておりません。また、この申込書に記載した内容は、全て事実と相違ありません。 |                                     |     |                       |  |
| 令和 年 月 日 氏名  |                                     |     | (必ず自署してください。)         |  |

別紙