

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	性別（回答任意）	
氏名		
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	電話
現住所 〒 —	() —
	携帯電話
	() —
緊急時連絡先 (連絡先方の氏名： 申込者との続柄：) 〒 —	電話
	() —
	携帯電話
	() —

学 歴	学校名（学部・学科等）	在学期間
	（最終）	年 月から 年 月まで
	（その前）	年 月から 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。）	職務内容	期間
	（最終）		年 月から 現在に至る
	（その前）		年 月から 年 月まで
	（その前）		年 月から 年 月まで
	（その前）		年 月から 年 月まで
	（その前）		年 月から 年 月まで
	（その前）		年 月から 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、採用の可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条にも該当していません。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。)			

[illegible]