大津市チャレンジ雇用における会計年度任用職員（一般事務補助：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

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 ----- 氏名	性別（回答任意）	
生年月日	満 歳	
	年 月 日生	
フリガナ ----- 現住所 〒		電話 () - 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 () -

	学校名（学部・学科等）	在学期間
学 歴	（最終）	年 月から 年 月まで
	（その前）	年 月から 年 月まで

	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
職 歴	（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
	（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。)

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
	(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
	(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
	(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
	(その前)		年 月から 年 月まで