加古川市会計年度任用職員 事務補助員（障がい者）採用試験申込書

受付		ふりがな		性別（任意記入）	受験番号
		氏名		男・女	
		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		写真 縦4cm×横3cm 貼付してください。
住所	〒　　－ 連絡先［自　宅］（　　-　　-　　） ［携帯電話］（　　-　　-　　）				

学歴	学校名（高等学校以上）	学部・学科	在学期間
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月

職歴	勤務先	職務内容	勤務形態	期間
			（正規・非正規）	年　月～　年　月
			（正規・非正規）	年　月～　年　月
			（正規・非正規）	年　月～　年　月
			（正規・非正規）	年　月～　年　月
			（正規・非正規）	年　月～　年　月
			（正規・非正規）	年　月～　年　月
			（正規・非正規）	年　月～　年　月
			（正規・非正規）	年　月～　年　月

資格免許	名称	取得年月日	名称	取得年月日	名称	取得年月日
	普通自動車運転免許 （有・無）	年　月　日		年　月　日		年　月　日
		年　月　日		年　月　日		年　月　日

通勤	
	1　電車・バス（　　～　　）　2　自動二輪車・原動機付自転車　3　自転車・徒歩
	公共交通機関で通勤できない勤務場所における自動車通勤（　可　・　不可　）

次の事項に答えてください。（該当するものすべてに〇を付けてください。）

1　パソコン等の使用経験について

① 使用頻度　【　週＿＿日程度　】　② 基本操作について【　文字入力程度　・　文書作成可能　】

③ 使用できるソフト【　WORD　・　EXCEL　・　その他（　　）】

2　勤務時間等について

① 勤務日の条件等がありますか。　【 特になし ・ 土、日、祝以外 ・ その他（　　）】

② 勤務時間の条件等がありますか。　【 週３０時間 ・ 週３１時間 ・ 週３５時間 ・週２０～３０時間 】
※募集要項を参照し、記入してください。

3　社会保険の加入について　【 可 ・ 不可 】※原則、加入が必須となります。

裏面も記入してください。

所持している障害者手帳の種類を記入してください。
1　身体障害者手帳【障害名：　　】【　　級】
2　療育手帳【 Ａ ・ Ｂ１ ・ Ｂ２ 】
3　精神障害者保健福祉手帳【　　級】
最近のご自身の障害状況について記入してください。
受験及び勤務の際に特に配慮が必要な場合は、その内容を記入してください。 ※内容によっては配慮できない場合があります。

私は地方公務員法第 16 条に規定する欠格条項に該当していません。

また、この申込書における全ての記載内容は事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏名（自署）