

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
住所	〒 -				写 真 縦4cm×横3cm 貼付してください。	
	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		期 間	
					年 月～ 年 月	
					年 月～ 年 月	
					年 月～ 年 月	
					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○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 () 】						
④ 加古川市で使用したことがあるシステム(加古川市で勤務したことがある方のみ) 【 職員ポータルシステム ・ 内部管理支援システム(文書管理 ・ 庶務事務 ・ 財務会計) ・ 使用したことがない 】						
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 ・ B 1 ・ B 2 】

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と相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名（自署）