

障害者を対象とした会計年度任用職員（中央卸売市場食品衛生検査所）採用選考申込書

(令和8年2月2日案内用)

※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。

フリガナ	性別(回答任意)	写真を貼る位置 縦:36mm～40mm 横:24mm～30mm 本人のみ上半身撮影
氏名		
生年月日 満 歳 (S ・ H) 年 月 日生 (令和8年4月1日現在)		
フリガナ	電話 ※留守番機能 有・無 () —	
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 () —	

期 間	学 歴 【 最近の学歴を記入してください(古い順に記載) 】

期 間	職 務 履 歴 等 【職歴、アルバイト、就労支援機関での訓練を含む。古い順に記載。】

※裏面にも記入してください。

