

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 <small>【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。】</small>

※裏面にも記入してください。

取得年	月	免許・資格

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○）
	身体障害者手帳・療育手帳・ 判定書・精神障害者保健福祉手帳	等級：（　　）級 判定区分： A1 A2 B1 B2
	障害名（診断名）	
現在の通院先 の通院期間・ 頻度	通院期間： 年 か月 通院頻度： 年・月・週 回	
就労支援機関 について	※現在登録（利用）している就労支援機関があって、採用後に就労定着支援が受けられる場合には、その機関名を記入してください。 （　　）	
受験上の 配慮の有無 (どちらかに○)	有・無（有り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たずねするもので、採用の合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上、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 _____ (必ず自書してください。)		