

障害者を対象とした会計年度任用職員（中部地域支援室）採用選考申込書

(令和8年10月14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)
氏名		
生年月日		満 歳
(S ・ H) 年 月 日生 (令和8年12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
		() —
メールアドレス		※メールアドレスの読み取り誤りを防ぐため、記載したメールアドレスから下記アドレス宛てに空メールを送信してください。件名は「採用選考申込（氏名）」としてください。 17shien@city.kawasaki.jp
緊急時連絡先 (連絡先方の氏名： 〒 [-]		申込者との続柄：) 電話 () —

写真を貼る位置
縦:36mm～40mm
横:24mm～30mm
本人のみ上半身撮影

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。

