

障害者を対象とした 会計年度任用職員（議会局）採用選考申込書

※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。

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

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6年6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。

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、採用の可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。)