

会計年度任用職員(一般・障害者)採用選考考査 受験申込書

会計年度

※ 記載不要

ふりがな			性別	
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日【 歳(令和8年6月1日現在年齢)】			
住所	(〒 -)	電話(自宅)	-	-
		携帯電話	-	-
登録している 支援機関	(名称)	担当者 連絡先	-	-
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※該当する手帳に✓を記入してください	障害の 等級・程度	交付機関	交付年月日	
		都 道 府 県 市 町 村	昭和 平成 年 月 日 令和	
学歴	学校名	学部・学科等名	入学年月	卒業(中退)年月 ※卒業・中退のいずれかに○
			年 月	年 月卒業・中退
			年 月	年 月卒業・中退

職歴	期間	勤務先	職務内容
	年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

注:裏面も記入すること

免許・資格、得意なことなど

勤務するにあたって必要な配慮事項（勤務時間、定期的な休暇など）

職場体験の希望日程 (参加できる日程 すべてに○を記入)	5月13日(水) 午前	5月13日(水) 午後	5月14日(木) 午前	5月14日(木) 午後

※ 職場体験に参加できる日程すべてに○を記入してください。

◎ 考查会場の準備のために必要ですので、次の事項について回答してください。

- (1) 考查会場で車いすを使用する。 はい いいえ ※いずれかに○
- (2) 職場体験に同行者が同席する。 はい いいえ ※いずれかに○
- (3) 面接考查に同行者が同席する。 はい いいえ ※いずれかに○
- (4) その他、考查当日に対応が必要と思われることがあれば、具体的に記載してください。