

募集番号①

令和7年度 障がい者を対象とした美郷町会計年度任用職員採用選考申込書

<一般事務>

写真貼付

3. 0cm × 4. 0cm

正面・上半身・
脱帽で提出日
前6か月以内
に撮影のもの

ふりがな				
氏 名				
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)				

ふりがな	電話 () -
現住所 〒 []	携帯電話 - -
Eメールアドレス：	
緊急連絡先 (連絡先方の氏名： 申込者との続柄：)	電話 () -
〒 []	携帯電話 - -

年	月	学歴	
			入学
			卒業
			入学
			卒業

職歴（アルバイト、就労支援機関での訓練を含む）

[illegible]

免許・資格等（ワープロ及び表計算ソフト操作には、操作ができる項目すべてに○を付けてください。）

年	月	免 許 ・ 資 格	年	月	免 許 ・ 資 格
W o r d等のワープロソフト操作 ①文字入力 ②フォント・用紙設定 ③表作成 ④図形挿入 ⑤差し込み印刷			E x c e l等の表計算ソフト操作 ①文字・数値入力 ②グラフ作成 ③フィルター ④数式（加減乗除） ⑤関数（合計・平均等） ⑥高度な関数（データ参照・集計・条件分岐等）		

裏面もご記入ください

障がいや配慮について

手帳種別 (○で囲む)	身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳	等級 (記入/○)	等級 : () 級 判定区分 : A1・A2・B1・B2		
		有効期限	R	年	月 日
交付年月日	S・H・R 年 月 日 (再交付 年 月 日)				
障害名 診断名					
現在の通院先 通院期間 通院頻度	通院先 () 通院期間 : 年 か月 通院頻度 : 年・週・月 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。 機関名 ()				
配慮について	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)をご記入ください。				
自由記載	※症状や気を付けていること、得意な業務や障がいがあることで難しい業務など。				

受験に 際しての 配慮事項	(例：車いすを使用する、補装具の使用を希望する、など)
---------------------	-----------------------------

私は、障がい者を対象とした美郷町会計年度任用職員採用選考<一般事務>を受験したいので申し込みます。

なお、私は選考案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、選考申込書の記載事項は事実と相違なく、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。

令和 年 月 日

氏 名 _____