

【障害者対象】中新川広域行政事務組合会計年度任用職員採用選考申込書

職種	一般事務補助	ふりがな		写真貼付 写真は申込前6ヶ月以内に帽子をつけないで上半身正面向きを撮った縦4cm横3cmのもので本人と確認できるものが必要です。
		氏 名		
区分	パートタイム	生年月日	年 月 日生(歳)	
		性 別	男 ・ 女	
現住所	〒 都道府県 区市町村			
連絡先電話番号		TEL () -		
メールアドレス				

学 歴				
学 校 名	学部・学科	所在地 (市町村名まで)	在学期間(和暦)	区分 (○で囲む)
			年 月から 年 月まで	卒 業 ・ 卒業見込 中 退 ・ 在学中
			年 月から 年 月まで	卒 業 ・ 卒業見込 中 退 ・ 在学中

職 歴 (職歴のある方は、新しい順に記入)			
勤務先の名称	所在地 (市町村名まで)	職務内容	在職期間(和暦)
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

手帳記載事項					
手帳の種類 (該当を○で囲む。)	障害の程度 (等級)	交付機関名 (都道府県・市)	交付日	有効期限 (次期判定)	障害名
身体障害者					
療育					
精神障害者保健福祉					

資格・免許など		
名 称	取得済又は取得見込の区分	取得(見込)年月
	取 得 済 ・ 取 得 見 込	年 月
	取 得 済 ・ 取 得 見 込	年 月
	取 得 済 ・ 取 得 見 込	年 月

自己PR（人柄、長所、短所等）について記入してください。	
得意なことや作業について記入してください。	苦手なことや作業について記入してください。
仕事をする上で配慮してほしいことや知っておいてほしいことがあれば具体的に記入してください。	
受験にあたっての配慮事項（該当する場合、ご記入ください。）	

障害者対象の中新川広域行政事務組合会計年度任用職員への採用選考を以上のとおり申し込みます。
 なお、私は、次の各号のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は、
 事実と相違ありません。

- (1) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- (2) 中新川広域行政事務組合の職員として懲戒処分の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- (3) 日本国憲法施行日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者
- (4) 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者
 （心神耗弱を原因とするもの以外）

令和 年 月 日

氏 名（本人署名）