

系満市会計年度任用職員申込書（障がい者対象）

令和 年 月 日

フリガナ 氏名
生年月日 昭和・平成 年 月 日（満 歳）

写真貼付
6ヶ月以内に写した上半身、脱帽、
正面向き
(縦40×横30)

フリガナ	連絡先1
現住所 (〒 -)	連絡先2
緊急連絡先	
連絡先	氏名 続柄
希望部署(課・係)	
第1 () 第2 () 第3 () ④特になし	
希望する任用期間	勤務可能な時期
長期 ・ 短期 (ヶ月) ・ いずれも可能	即可能 ・ () 月以降可能
勤務時間 ① 4時間 ② 5時間 ③ 6時間 ④ 7時間 ⑤ 7.5時間 ⑥ いずれも可能	

パソコン操作
使えない 使える (ワード エクセル その他 ())

学歴(新しい順) ※専門学校、職業訓練校等含む。

就学期間及び卒業年月日	学校名	学科名
S・H・R 年 月 日～ 年 月 日 卒業・卒業見込・中退		
S・H・R 年 月 日～ 年 月 日 卒業・卒業見込・中退		
S・H・R 年 月 日～ 年 月 日 卒業・卒業見込・中退		

免許・資格

年	月	免許・資格
		普通自動車運転免許一種 (有 ・ 無)

手帳等記載事項

身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳

障害名	障害等級

特技・才能 (資格・免許を問わない。活かしてほしい能力等)

健康状態や、特に配慮してほしい事情等(特記事項、通院状況、家庭状況など)

志望の動機・抱負

通勤時間	通勤方法
約 時間 分	自家用車・公共交通機関・送迎・その他 ()

扶養している家族

人

職歴（直近5年間の職歴を記入） ※経歴書等の追加添付可。官公庁の職歴のみ記入。

勤務していた期間		1日の勤務時間	週の勤務日数	週の勤務時間	正規／非正規	官公庁（部署名）	業務内容
H・R	H・R						
年	月 日～						
年	月 日						
H・R	H・R						
年	月 日～						
年	月 日						
H・R	H・R						
年	月 日～						
年	月 日						

職歴（直近5年間の職歴を記入） ※経歴書等の追加添付可。官公庁以外の職歴のみ記入。

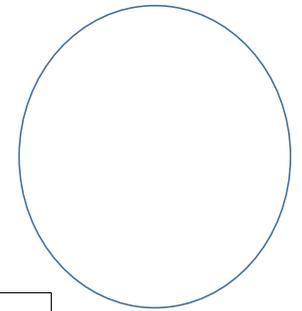
勤務していた期間		1日の勤務時間	週の勤務日数	週の勤務時間	正規／非正規	会社名	業務内容
H・R	H・R						
年	月 日～						
年	月 日						
H・R	H・R						
年	月 日～						
年	月 日						
H・R	H・R						
年	月 日～						
年	月 日						
H・R	H・R						
年	月 日～						
年	月 日						

私は、「糸満市会計年度任用職員募集要項」に記載されている条件等を了承し、任用を申込みます。

地方公務員法第十六条に規定する欠格条項に該当しません。本申込書に記載した事項に事実相違ないことに同意します。

署名
(※自筆)

印



- 記入注意
1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記具で記入
 2. 数字はアラビア文字で、文字は崩さず正確に書く
 3. 学歴、職歴、免許、資格は、記入もれがないよう注意してください。

市役所記入欄

市役所受付印