

令和 年 月 日現在

*

<p style="text-align: center;">写 真</p> <p style="font-size: small;">・大きさ縦4.0cm×横3.0cm ・上半身、脱帽、正面向きで 3ヶ月以内に撮影したもの ・写真の裏全面にのりをつけて 貼ってください。</p>	<p>福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書 【令和7年度 障がい者を対象とした福井県会計年度任用職員】</p>				
	ふりがな				
	氏 名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日（ 歳）	
現 住 所	〒 — 電話（ ） —				
合格通知先住所	〒 — 電話（ ） —				
手帳記載事項	手帳の種類	① 身体障害者手帳または指定医等の診断書等 ② 療育手帳または児童相談所等が発行した知的障害者の判定書 ③ 精神障害者保健福祉手帳 ※いずれか1つを○で囲んで下さい。			
	交付機関	都・道 府・県・市	交付 番号	第 号	
	障がい名	級別	級		
	交付・再発行 年月日	年	月	日	
学 歴 (最終学歴から順に記入)	学校名	学部・学科名	所在地(都道府県)	在学期間(和暦で記入)	修学区分
				年 月から	卒業・卒業見込
				年 月まで	修了・修了見込
				年 月から	中退・在学中
職 歴 (新しい順に記入)	勤務先の名称	所在地(都道府県)	在職期間(和暦で記入)		
			年 月から		
			年 月まで		
			年 月から		
			年 月まで		
			年 月から		
			年 月まで		
免 許 ・ 資 格	名称	認定交付機関	取得(見込)年月		
			年 月		
			年 月		

