

令和 年 月 日現在

*

写 真 ・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。	福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書 【ふくいハートフルオフィス障がい者職員】				
	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 (現住所と異なる場合)	〒 — 電話（ ） —				
通 勤 方 法 (番号を○で囲む)	①徒歩または自転車 ②公共交通機関 ③自家用車 ④その他（ ）				
兼 業 の 予 定 (番号を○で囲む)	①あり → (内容および週の従事時間：) ②なし				
手帳記載事項	手帳の種類 (番号を○で囲む)	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			
	交付機関	都・道 府・県・市	交付 番号	第	号
	障害名		級別		級
	交付年月日		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 年 月まで	卒業・卒業見込 修了・修了見込 中退・在学中
				年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込 修了・修了見込 中退・在学中
				年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込 修了・修了見込 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)	勤務日数等
				年 月から 年 月まで	月・週 日 時間/日
				年 月から 年 月まで	月・週 日 時間/日
				年 月から 年 月まで	月・週 日 時間/日
				年 月から 年 月まで	月・週 日 時間/日
				年 月から 年 月まで	月・週 日 時間/日
				年 月から 年 月まで	月・週 日 時間/日
				年 月から 年 月まで	月・週 日 時間/日
免 許 ・ 資 格	名称		認定交付機関	取得(見込)年月	
				年 月	
				年 月	

<p>志 望 動 機 自 己 P R</p>	
<p>一 般 就 労</p>	<p>○現時点における一般就労への課題、希望職種、ハートフルオフィスで身に付けたいスキル等について記載してください。</p>
<p>確 認 事 項 <small>(「はい・いいえ」を○で囲み、必要に応じて具体的に記載)</small></p>	<p>○補装具（車椅子、補聴器等）を使用する必要がありますか。 はい → ≪（具体的に）≫ いいえ</p> <p>○定期的な通院等により勤務を休む見込みがありますか。 はい → ≪（具体的に）≫ いいえ</p> <p>○支援機関（相談支援、就労支援等）を利用していますか。 はい → ≪（支援機関名）≫ いいえ</p> <p>※「はい」の場合、面接時に支援機関職員が同席しますか。 はい → ≪（同席者氏名）（連絡先）≫ いいえ</p> <p>○身体上の理由により、従事することが難しい業務等があれば記載してください。 （例：重い物の運搬、階段の昇降 等）</p> <p>○前職等で配慮されていた事項があれば記載してください。</p> <p>○その他、確認したい事項や配慮が必要な事項等があれば、具体的に記載してください。</p>
<p>私は、地方公務員法第16条の欠格条項に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に相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">※必ず自署してください。ただし、視覚障害のある方は代筆を可とします。</p>	

注) 1 記載事項に不正があると、受験が無効になる場合があります。

2 *印欄には何も記載しないでください。