庄内町会計年度任用職員（障がい者雇用枠）登録申込書

※有効期限	令和8年3月31日
※登録番号	
※世帯識別番号	

ふりがな		性別※	生　年　月　日	【写真貼付欄】 縦4cm×横3cm 提出前3ヶ月以内に撮影したもの
氏　名			昭和・平成 年　　月　　日 （　　歳）	
住　所	〒　　－	連絡先（電話番号） ・自宅 （　　）　　－ ・自宅以外（携帯番号等） －　　－		

学歴	学校名（学部・学科）	卒業（見込）年月	資格・免許	資格免許の名称	取得年月日
	中学校	年　月 卒			年　月　日
		年　月 卒・見込			年　月　日
		年　月 卒・見込			年　月　日
		年　月 卒・見込			年　月　日

職歴（最近のものから順に）	勤務先名称	職務内容	在職期間
			自　年　月 至　年　月
			自　年　月 至　年　月
			自　年　月 至　年　月
			自　年　月 至　年　月
			自　年　月 至　年　月
			自　年　月 至　年　月
			自　年　月 至　年　月
			自　年　月 至　年　月

※業務遂行上必要となる合理的配慮の確認のため可能な範囲でご記載ください。

お持ちの手帳と障がいの程度	要配慮事項
・　身体障害者手帳 ・　精神障害者保健福祉手帳 ＿＿＿＿＿　級 ・　療育手帳 A　又は　B	

パソコン操作	・ワード　経験（有・無） ・エクセル経験（有・無） ・その他 （　　）
応募の動機等	

通勤手段	

注）この登録申込書の個人情報については、登録の調整に必要な業務においてのみ利用いたします。