

令和2年度障がい者を対象とした
第2回各務原市会計年度任用職員採用試験受験申込書

試 験 区 分
障がい者対象 会計年度任用職員

※受験番号

写 真

(45^{mm}×35^{mm})
3ヶ月以内に撮影し、
脱帽して上半身正面
向きの写真を糊付け
すること。

※ 欄は記入しないでください。

ふりがな	性別	生 年 月 日
氏 名	男・女	昭和 平成 年 月 日 (歳)

現住所 (アパート名・部屋番号等まで記入してください。)
〒

電話番号 () - 携帯番号 () -

メールアドレス

学 歴	学校名 (高等学校以降を記入)	学 部 学 科 名	在 学 期 間	修 学 区 分
最終			年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・在・中退
その前			年 月 ~ 年 月	卒業・中退

職 歴	名 称	所 在 地	職 務 内 容	在 職 期 間
最終				年 月 ~ 年 月
その前				年 月 ~ 年 月
その前				年 月 ~ 年 月

資 格 ・ 免 許	名 称	取 得 年 月 日	志 望 動 機
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

希望勤務時間 (複数選択可)	以下の勤務時間から、希望するものに丸をつけてください	障害者手帳・療育手帳	障がい名	
	() ①週20時間以上30時間未満 () ②週30時間以上		障がいの程度	
希望職務 (複数選択可)	以下の職務から、希望するものに丸をつけてください		交付年月日	年 月 日
	() ①一般事務職員 (本庁舎) () ②不法投棄等対策員 (本庁舎) () ③用務員 (市内小学校)		交付番号	

欠格事項 禁錮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方に該当すること。 ある ・ ない

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や団体を結成し、またはこれに加入したこと。 ある ・ ない

私は、試験要綱の記載事項を全て了承し、申込みます。この申込書の全ての記載事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 (自署) _____

※欄は記入しないでください。両面印刷をお願いします。

次の質問事項について、回答してください。

- 面接試験時での、就労支援機関の職員等の同席について（該当するものに○をつけてください。）

① 無 ② 有 → 同席する方の氏名：

受験者との関係：

- その他、受験上の要望事項があればご記入ください。なお、配慮の方法については、事前に相談させていただく場合があります。

[]

《会計年度任用職員希望者への登録について》

承諾する

承諾しない

今回の職員採用試験に不合格となった場合に、各務原市の会計年度任用職員希望者への登録を、承諾される方は上記「承諾する」に、承諾されない方は上記「承諾しない」に、丸をつけてください。

「承諾する」に丸をつけた場合は、今回の職員採用試験の申込書をもって、会計年度任用職員希望者に登録し、新たに会計年度任用職員が必要となった場合などに声を掛けさせていただく場合があります。ただし、登録された方に必ず声を掛けさせていただくわけではありませんので、ご了承ください。