

【資格・免許】

名称	交付機関	取得年月日
		年 月 日 取得・取得見込み
		年 月 日 取得・取得見込み
		年 月 日 取得・取得見込み

【志望動機】

【自己PR】

【扶養家族】

【通勤手段】

※一般事務(月給)または併願の方のみ記入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩
---	---

【勤務形態】 ※事務補助(時給)を希望する方(併願の方も含む)はご記入ください。

勤務可能日	勤務可能時間帯
<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 勤務可能日数 週 日まで	: から : まで

「採用候補者名簿」について

- ・選考結果が合格となった方を「採用候補者名簿」に登録させていただきます。
名簿登録の全員が採用されるわけではありません。
- ・「採用候補者名簿」の有効期間は、採用日(令和6年4月1日以降)から令和7年3月31日までです。
任用期間中または任用期間終了後に関わらず、令和6年度中は「採用候補者名簿」に登録されます。

受験番号	
------	--

羽島市会計年度任用職員(障がい者)
選考申込書②(新規)

フリガナ	
氏名	

【障害者手帳等について】 ※該当する番号にレ点を入れてください。

<input type="checkbox"/> (1) 身体障害者手帳又は指定医等の診断書等			
<input type="checkbox"/> (2) 療育手帳又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書			
<input type="checkbox"/> (3) 精神障害者保健福祉手帳			
障 害 名			
障害の程度	交付機関名	交付年月日	交付番号
		年 月 日	第 号

【受験時の配慮希望】

※受験するにあたり配慮が必要な場合は、その内容を具体的に記入してください。

--

【健康状態等】

※治療・通院の状況、日常生活や職場で配慮が必要なことがあれば、記入してください。

--