府中市月額制会計年度任用職員（障害者対象）採用試験申込書（令和７年１０月１日採用）

写　真

縦4cm×横3cm

最近6か月以内に撮影

した上半身脱帽のカラー

写真を貼ってください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職　名 | 特定業務支援員 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  |
| 氏名 | 姓 | 名 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和平成 | 年　　　　月　　　　日生　　　満　　　　　　歳　 |
| 現住所 | 〒　　　　－　　　　 | 電話番号 |
| （　　）　　－　　　　　 |
| 通知先 | 〒　　　　－　　　　※現住所と異なる場合のみ記入してください。 | メールアドレス |
| 　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害者手帳 | （障　害　名） | （級　別） |
|  | 級　 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 補装具等の持　　　込 | ルーペ　・　補聴器　・　車いす　・　電気スタンド　・　つえ　・　その他（　　　　　　　） |
| 配慮事項 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 最終学歴 | 在学期間 | 学校名・学部学科名 | 区分 |
| 　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |  | 卒業（修了）卒業（修了見込） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職歴 | 在職期間 | 勤務先等 | 職務内容 | 雇用形態 |
| 　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |  |  |  |
| 　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |  |  |  |
| 　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |  |  |  |
| 　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |  |  |  |
| 　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資　　　格 | 取得（見込）年月 | 資格・免許等名称 |
| 　　　　　年　　　月取得(見込) |  |
| 　　　　　年　　　月取得(見込) |  |
| 　　　　　年　　　月取得(見込) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 志望動機 |  |
| 府中市の好きな場所・その理由 |  |
| 自分自身を評価している点・改善したい点 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自署欄 | 　私は、府中市月額制会計年度任用職員採用試験を受験したいので、上記のとおり申し込みます。　なお、私は実施要項に掲げてある受験資格をすべて満たしており、かつ、申込書の記入事項に一切虚偽は　ありません。　　　　　　　申込書記入日→　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　自署してください。→　　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 |