

【障害者対象】登録事項変更届（府中市時間額制会計年度任用職員登録用）
変更のあった事項と署名欄（氏名、住所、電話番号）を記入してください。

住所	〒 -	電話番号	() -
連絡先	〒 -	電話番号	() -

1回当たりの勤務希望期間 ※ 複数選択可	<input type="checkbox"/> 長期（7か月以上） <input type="checkbox"/> 短期（1～6か月）【時期を希望する場合：__月～__月】 <input type="checkbox"/> 短期（1か月未満）【時期を希望する場合：__月】
勤務希望日数	<input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週4日 <input type="checkbox"/> 週3日 <input type="checkbox"/> 週2日 <input type="checkbox"/> 何日でも <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
1日の勤務希望時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 から <input type="checkbox"/> 午後 時 分まで 備考（ ）
希望する（従事可能な）作業・業務 ※ 複数選択可	<input type="checkbox"/> 書類の分類・整理 <input type="checkbox"/> 文字・数字の照合 <input type="checkbox"/> 封入・封緘 <input type="checkbox"/> データ・システム入力 <input type="checkbox"/> 受付・案内 <input type="checkbox"/> その他（ ）

〔障害者手帳等について〕 ※手帳等に記載がない項目については、記入不要です。

手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
障害名		級別	級
交付機関	都 道 府 県 (市)	交付番号	第 号
交付年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日	再認定日	年 月 日
配慮事項・その他勤務に当たっての希望 (別紙可)	仕事をしる上で配慮して欲しいことや知っておいてほしいことを具体的に記入してください。		
補装具等の持込	<input type="checkbox"/> ルーペ <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電気スタンド <input type="checkbox"/> つえ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特記事項			

私は、府中市会計年度任用職員の登録について、上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日 ふりがな
 氏 名 _____ (自署)
 住 所 _____
 電話番号 _____

※ 電話番号は、日中連絡がとれるもの
 ※ 筆記が困難なため本人が署名できない場合は、その旨を付記して、代理人が署名してください。