

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12月1日採用）

職名	特定業務支援員				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。	
ふりがな						
氏 名	姓	名	性別	男 ・ 女		
生 年 月 日	昭和 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）					

