

| | | | | | |
|--|---|--|-----------|-------------|-------------|
| 令和 年 月 日現在 | | | | ＊ | |
| <div>写真</div> <div>・大きさ縦4.0cm×横3.0cm ・上半身、脱帽、正面向きで 3ヶ月以内に撮影したもの ・写真の裏全面にのりをつけて貼ってください。</div> | 福井県会計年度任用職員（パートタイム）【環境整備】 採用試験申込書 【令和8年度 障がい者を対象とした福井県会計年度任用職員】 | | | | |
| | ふりがな | | | | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日（ 歳） | | | |
| 現 住 所 | 〒 — 電話（ ） — | | | | |
| 合格通知先住所 | 〒 — 電話（ ） — | | | | |
| 手 帳 記 載 事 項 | 手帳の種類 | ① 身体障害者手帳または指定医等の診断書等 ② 療育手帳または児童相談所等が発行した知的障害者の判定書 ③ 精神障害者保健福祉手帳 ※いずれか1つを○で囲んで下さい。 | | | |
| | 交付機関 | 都・道 府・県・市 | | 交付 番号 | 第 号 |
| | 障がい名 | | | 級別 | 級 |
| | 交付・再発行 年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 学 歴 (最終学歴から順に記入) | 学校名 | 学部・学科名 | 所在地(都道府県) | 在学期間(和暦で記入) |
| 職 歴 (新しい順に記入) | 勤務先の名称 | | 所在地(都道府県) | 在職期間(和暦で記入) | |
| | | | | 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 | |
| 免 許 ・ 資 格 | 名称 | | 認定交付機関 | 取得（見込）年月 | |
| | | | | 年 月 | |
| | | | | 年 月 | |

