

②ふくいハートフルオフィス障がい者支援員

令和 年 月 日現在

				＊						
福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書						写 真 ・ 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付けて貼ってください。				
ふ り が な										
氏 名										
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日（ 歳）								
現 住 所		〒 ー 電話（ ） ー								
合格通知先住所 （現住所と異なる場合）		〒 ー 電話（ ） ー								
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)		修学区分	
							年 月から 年 月まで		卒業・卒業見込 修了・修了見込 中退・在 学 中	
							年 月から 年 月まで		卒業・卒業見込 修了・修了見込 中退・在 学 中	
							年 月から 年 月まで		卒業・卒業見込 修了・修了見込 中退・在 学 中	
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			
免 許 ・ 資 格	名称				認定交付機関		取得（見込）年月			
							年 月			
							年 月			
							年 月			

志 望 動 機	
障がい者支援経験	
自覚している性格 ・ 自 己 P R	
私は、地方公務員法第16条の欠格条項に該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 _____ ※必ず自署してください。	

注) 1 記載事項に不正があると、受験が無効になる場合があります。

2 *印欄には何も記載しないでください。