

## ①ふくいハートフルオフィス障がい者相談専門員

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			
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 (現住所と異なる場合)	〒 - 電話 ( ) -				
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	
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	
<p>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。</p> <p>令和        年        月        日</p> <p><u>氏名</u></p> <p>※必ず自署してください。</p>	

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。