

令和 年 月 日現在

*

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つけて 貼ってください。	福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書 【令和8年度採用予定 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 (現住所と異なる場合)	〒	—	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 ※番号を○で囲んで下さい。			
	交付機関		都・道 府・県・市	交付 番号	第 号
	障害名		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)	修学区分
				年 月から	卒業・卒業見込 修了・修了見込
				年 月まで	中退・在学中
				年 月から	卒業・卒業見込 修了・修了見込
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	
免 許 ・ 資 格	名称		認定交付機関	取得(見込)年月	
				年 月	
				年 月	

