

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）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)		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	
職 歴 (新しい順に記入)	勤務先の名称			雇用形態（正規・非正規）			在職期間(和暦で記入)			
				正規 ・ 非正規			年 月から 年 月まで			
				正規 ・ 非正規			年 月から 年 月まで			
				正規 ・ 非正規			年 月から 年 月まで			
				正規 ・ 非正規			年 月から 年 月まで			
				正規 ・ 非正規			年 月から 年 月まで			
				正規 ・ 非正規			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			

