

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)
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	

