はままつしかいけいねんどにんようしよくいんにんようせんこうもうしこみしょ
浜松市会計年度任用職員任用選考申込書

受付No.

令和 年 月 日

ふりがな
氏名
昭和・平成 年 月 日生まれ (満 歳)

写真貼付 3cm×4cm 6ヶ月以内に撮影した ものに限り 裏面に氏名記入

ふりがな	電話 () —
現住所 (〒 —)	携帯電話 () —
ふりがな	緊急時連絡先 (緊急時連絡先)
緊急時連絡先 (〒 —) < 関係 >	電話 () —
住所	携帯電話 () —
氏名	

学歴 (中学校卒業以降を記入)			
昭和・平成 年 月 卒業	中学校卒業		
昭和・平成・令和 年 月 入学			
昭和・平成・令和 年 月 卒業			
昭和・平成・令和 年 月 入学			
昭和・平成・令和 年 月 卒業			
昭和・平成・令和 年 月 入学			
昭和・平成・令和 年 月 卒業			

職	歴【職歴、アルバイト、就労支援機関での訓練を含む。古い順に記載】		
昭和・平成・令和 年 月～			
昭和・平成・令和 年 月			
昭和・平成・令和 年 月～			
昭和・平成・令和 年 月			
昭和・平成・令和 年 月～			
昭和・平成・令和 年 月			
昭和・平成・令和 年 月～			
昭和・平成・令和 年 月			
昭和・平成・令和 年 月～			
昭和・平成・令和 年 月			
昭和・平成・令和 年 月～			
昭和・平成・令和 年 月			

記入上の注意 黒又は青のボールペン又はペンを使って、かき書で、必ず本人が記入してください。
※裏面にも記入してください。

免許・資格			
昭和・平成・令和	年	月	
昭和・平成・令和	年	月	
昭和・平成・令和	年	月	

▼下記のご質問にお答えください。

お持ちの「障害者手帳」は何ですか。	<ul style="list-style-type: none"> 療育手帳 A B 精神障害者保健福祉手帳 級 身体障害者手帳 級 	障害名（診断名）
受験上の配慮の有無（どちらかに○）	有・無（有りの場合は以下に具体的に記入してください。例：車いすで受験）	
パソコンの使用について	<ul style="list-style-type: none"> WORD 使える ほぼ使える 使えない EXCEL 使える ほぼ使える 使えない その他（ ） 	
応募された理由を教えてください		
得意な作業		
苦手な作業	対応策	
雇用にあたり職場に配慮してもらいたいこと（定期通院、指示の出し方、職場環境 など）		
本人署名欄		
<p>私は、浜松市会計年度任用職員募集案内の記載事項を了承し、次のとおり、関係書類を添えて浜松市会計年度任用職員任用選考に応募します。</p> <p>なお、関係書類に虚偽の記載のないこと及び代理で選考を受ける等不正な行為をしないことを誓約します。</p>		
令和 年 月 日	氏名	（必ず自署してください）

○ 必ず両面印刷してください。