

令和 年 月 日現在				＊							
写 真 ・大きさ縦4.0㎝×横3.0㎝ ・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 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					

自 己 P R	
受験に当たっての 要望事項	※該当するものを○で囲んで下さい。 ○補装具等を持ち込んで使用する はい → 《 車いす 補聴器 その他（ ） 》 いいえ ○相談支援専門員または支援機関を利用していますか はい いいえ ○個別面接の際に手話通訳者または就労支援機関職員の同席を希望する はい → 《 手話通訳者 就労支援機関職員 》 いいえ ○試験会場の駐車場の使用を希望する はい いいえ ○その他、受験に当たり希望する事項があれば、具体的に記入して下さい。
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。 令和 年 月 日 氏名 _____ (印) ※必ず自署してください。ただし、視覚障害のある方は代筆を可とします。	

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。