

## 平内町職員採用試験申込書（身体障がい者の方を対象）

写 真 欄  ・たて4.0cm ・よこ3.0cm ・3箇月以内撮影 ・上半身正面向き脱帽 ・写真裏面に氏名記入 ・写真のない申込書は受け付けません。		受 験 職 種				
ふりがな		氏 名		性 別	男・女	
生年月日		昭和・平成 年 月 日生（ 歳）				
現住所	(〒 - ) ( 方) (Tel - - ) (携帯電話 - - )					
連絡先	(〒 - ) (現住所以外に連絡先を希望する場合のみ記入) ( 方) (Tel - - ) (携帯電話 - - )					
身体障害者 手帳	交付機関名		交付年月日		交付番号	
	都道府県市		年 月 日 (再交付 年 月 日)		第 号	
	障害名				障害の 程 度	級
学 歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科	在 学 期 間		該当するものを ○で囲む	
	中学校	/	昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		卒業	
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		卒業・卒業見込 中退・修了	
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		卒業・卒業見込 中退・修了	
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで		卒業・卒業見込 中退・修了	
職 歴	勤 務 先 名 称	所 在 地	在 職 期 間		職務内容	勤務 形態
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで			正社員 その他
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで			正社員 その他
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで			正社員 その他
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで			正社員 その他

