

令和5年度小清水町会計年度任用職員任用申込書（障がい者）

（兼令和5年度会計年度任用職員台帳）

令和 年 月 日 提出

氏名	ふりがな	男・女	昭和 年 月 日生			写真 (1)タテ4cm ×ヨコ3cm (2)提出前6か月以内に撮影した脱帽、正面向き上半身のもの ※眼鏡使用者は眼鏡した写真
			提出日現在 満 歳			
住所	〒					
	携帯電話		固定電話			
学歴 (中学校卒業後すべて)	学校名	学部・学科	所在地	在学期間	卒業等の区分	
				年 月～ 年 月	卒業・転校・中退・在学	
				年 月～ 年 月	卒業・転校・中退・在学	
				年 月～ 年 月	卒業・転校・中退・在学	
				年 月～ 年 月	卒業・転校・中退・在学	
職歴 (自営業も含む)	勤務先		職務内容	在職期間		
				年 月 ～ 年 月		
				年 月 ～ 年 月		
				年 月 ～ 年 月		
				年 月 ～ 年 月		
資格・免許等	(1)保健師免許 有・無 (2)看護師免許 有・無 (3)保育士資格 有・無					
	(4)自動車運転免許 有・無 (5)パソコン操作 可・不可					
	(6)その他(
障害者手帳	(1)区分 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳					
	(2)等級または判定 級判定 (3)交付年月日 年 月 日					
	(4)身体障がいの場合は障がい名					
就労条件	(1)フルタイム(月～金 8:45～17:30(週38時間45分))勤務 可・不可					
	(2)土曜勤務 可・不可 パートタイムを希望する場合のみ(3)を記入してください。					
	(3)勤務可能日数 勤務可能時間 _____ : _____ ~ _____ : _____、週 _____ 日程度					
私は地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。（申込者氏名は必ず自署）						
年 月 日 申込者氏名 _____						

※この申込書の有効期間は、当年度の末日です。

※障害者手帳等をお持ちの方は、能力適性、合理的な配慮等の参考とするため、手帳等の写しの提出にご協力ください。