

## 鹿島市非常勤嘱託職員採用試験申込書 (障がい者対象)

※ 募集期間 H30.1.4～1.20(1.22までの消印有効)  
 ※ 提出先 〒849-1312佐賀県鹿島市大字納富分2643番地1  
 鹿島市役所 3階 総務部総務課職員係

ふりがな 氏名	性別
生年月日 年 月 日生(満 歳)	
ふりがな 現住所(〒 - )	電話番号
ふりがな 連絡先(〒 - )	電話番号

写真貼付

1 縦36～40mm  
横24～30mm

2 本人単身上半身、  
脱帽、正面のもの

学 歴	最終学校名(高校又は大学名)	在学期間
		年 月～ 年 月
職 歴	勤務先名	勤務期間
		年 月～ 年 月

資 格 ・ 免 許	取得年月	名 称		
	年 月			
	年 月			
	年 月			

身 体 障 害 者 手 帳	交付機関名	都・道・府・県・市		
	交付年月日	年 月 日	(再交付)	年 月 日
	交付番号	第 号	障害の程度	級
	障害名(身体障害者手帳の障害名欄の記載事項をすべて記入してください。)			

パ ソ コ ン	パソコンの使用経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(約 年程度)	
	使用ソフト名	程 度	
	<input type="checkbox"/> ワード	<input type="checkbox"/> 新規で文書作成ができる(書式設定等ができる) <input type="checkbox"/> 図や表を挿入することができる	
	<input type="checkbox"/> エクセル	<input type="checkbox"/> 新規で表作成等ができる(書式設定等ができる) <input type="checkbox"/> 関数を使うことができる <input type="checkbox"/> グラフ・集計等ができる	

応 募 動 機	

- 【注意事項】** 1. 障害者手帳の写しを添付ください。  
 2. 写真は必ず貼付してください。  
 3. □印は該当に(レ印)をつけてください

受付日付印