

鹿島市会計年度任用職員採用試験申込書 (障がい者支援相談員)

No.

会計年度任用職員(障がい者支援相談員)の採用試験を次のとおり申し込みます。

また、申し込みに当たっては次の事項について誓約します。

- ・記載事実に相違ないこと
 - ・地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しないこと
 - ・任用された場合は地方公務員法等で課される義務を順守すること

ふりがな			
氏名			
生年月日	年	月	日生(満)歳
ふりがな			
現住所(〒	—)	
ふりがな			
連絡先(〒	—)	

- 写真添付
- 1 縦36～40mm
横24～30mm
- 2 本人単身上半身、
脱帽、正面のもの

資格 ・ 免 許	取得年月	名 称
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

(志望の動機)

(相談員として目指すこと、取り組みたいこと等)

(自己PR)

この申請書に記入していただいた個人情報は、会計年度任用職員の採用試験及び任用のために使用するものであり、それ以外の目的で使用することはありません。

年 月 日受付

※職歴は直近のものを①に記入し、それから遡及して順番に5つまで記入してください。

【注意事項】

1. 写真は必ず添付してください。
 2. 太枠部分を記入してください。
 3. 口印は該当にレ印をつけてください。

※ 募集期間 R8.1.5～R8.1.30（R8.1.30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 1階 市民部 福祉課 障がい福祉係

鹿島市会計年度任用職員採用試験申込書(障がい者支援相談員)

※考え方を自由にお書きください。

氏名

●「障がい者(児)」について、どのように思いますか？

●「障がい者(児)」と接するにあたり、障がい者支援相談員として必要な配慮等についてどのように考えていますか？
