

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

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

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

学歴	最終学校名	在学期間
		年 月～ 年 月
職歴	勤務先名	勤務期間
①		年 月～ 年 月
②		年 月～ 年 月
③		年 月～ 年 月
④		年 月～ 年 月
⑤		年 月～ 年 月

※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. □印は該当にレ印をつけてください。

資格・免許	取得年月	名称
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
(パソコンの使用経験)		有の場合で <input type="checkbox"/> Excel(関数) <input type="checkbox"/> Excel(グラフ作成)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(約 年程度)	きるものに <input type="checkbox"/> Excel(表作成) <input type="checkbox"/> Excel(マクロ)	チェック
(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

※ 募集期間 R8.3.4～R8.3.13 (R8.3.13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？
