

令和7年度(2025年度) 障害者を対象とした広島市会計年度任用職員採用選考試験申込書

ふりがな 氏 名		※ 受験番号
生年月日 昭 和 平 成 年 月 日生		写 真 (ﾀﾞｲ5cm×ｺﾞｺ4cm) 1 申込みの際に写真を貼ること。 2 写真は最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとする。こと。 3 写真の裏面には氏名を記入し、ノリを全面につけて貼ること。
年齢(令和8年4月1日時点) 満 歳		
現住所 〒(-) TEL () - fax () -		
連絡先(帰省先等、現住所以外の連絡先があれば記入してください。)		
〒(-) TEL () - 携帯電話等 - - fax () - e-mail :		

希望する勤務形態(必ずしも希望どおりになるものではありません。)			
〔第1希望〕	週 日、1日 時間 分	(週 時間 分)	勤務
〔第2希望〕	週 日、1日 時間 分	(週 時間 分)	勤務
〔第3希望〕	週 日、1日 時間 分	(週 時間 分)	勤務
※ 必ず第3希望まで記入してください。			
〔記入例〕 週 5 日、1日 6 時間 0 分 (週 30 時間 0 分) 勤務			
※ 記入に当たっては、募集案内の3ページに記載の「勤務形態表」を確認してください。			

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在学期間	修学区分
	最終(現在)			市・区 町・村	年.月 年.月 昭 平 令 . ~ .	卒・卒見・中退 ____年在学
職 歴	その前			市・区 町・村	昭 平 令 . ~ .	卒 業 その他()
	勤務先(部課名まで)	職 務 内 容		所 在 地	勤務期間	
資 格 ・ 免 許	最終(現在)			市・区 町・村	年.月 年.月 昭 平 令 . ~ .	
	その前			市・区 町・村	昭 平 令 . ~ .	
手 帳 等 の 記 載 事 項	名 称	取得年月	名 称		取得年月	
		年.月 昭 平 取得 令 . 見込			年.月 昭 平 取得 令 . 見込	
		年.月 昭 平 取得 令 . 見込			年.月 昭 平 取得 令 . 見込	
手 帳 等 の 記 載 事 項	交付機関名	交付・再交付年月日(最新の日付) 昭・平・令 年 月 日			交付番号	
		有効期限(精神障害者保健福祉手帳の場合のみ) 昭・平・令 年 月 日			第 号	
手 帳 等 の 記 載 事 項	手帳等の種類及び障害名(障害名は手帳等に記載がない場合は記入の必要はありません。)					障害の級・程度
	ア 身体障害者手帳 イ 療育手帳 ウ 精神障害者保健福祉手帳 〔 〕					

