

会計年度任用職員（日額制特別支援学校介助員）受験申込書

選考区分	日額制特別支援学校介助員
受験番号	※記入しないでください

(年 月撮影)

写真を添付

4 cm × 3 cm
上半身・無帽
3 ヶ月以内に
撮影したもの

ふりがな	
氏 名	
生年月日	S・H 年 月 日生 (満 歳) (西暦 年)

現住所	〒 電話 () — 携帯 () —
現住所以外	☐ 下記の連絡先への連絡を希望します。
	〒 電話 () — ※現住所と異なる連絡先への連絡を希望する場合のみ記入してください。

最終学歴	(学校名) 年 月 (卒業・その他)
------	----------------------------

職務経験	勤 務 先	仕事内容等	期 間		
	(最 新)		年	月	から
			年	月	まで
			年	月	から
			年	月	まで
			年	月	から
			年	月	まで
			年	月	から
			年	月	まで
			年	月	から
			年	月	まで

業務経験の内容	期 間		勤 務 先	仕 事 内 容 等 (詳細に記入してください)
	年 月から 年 月まで	年間		
	年 月から 年 月まで	年間		
	年 月から 年 月まで	年間		
	年 月から 年 月まで	年間		

志望理由	
------	--

特別な配慮	※身体的障害等により選考会場での特別な配慮を必要とする方は、その内容と理由を記入してください。
-------	---

私は、会計年度任用職員（日額制特別支援学校介助員）採用選考を受験したいので、選考案内の記載事項をすべて了承のうえ、申し込みます。	
なお、選考案内に掲げてある受験資格等をすべて満たしており、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。	
年 月 日	
氏 名 _____	(自署)