

障害者を対象とした会計年度庶務事務職員 採用選考試験 申込書 (年 月撮影)

受験 番号	※記入の必要はありません。		申込 区分	☐ ① ☐ ② どちらか一方に☑してください。		写真 (4 cm×3 cm) 6ヶ月以内の 脱帽、正面 顔写真
フリガナ			生年 月日	昭和 年 月 日 平成		
氏 名						
現住所	〒					電話番号
連絡先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。)					携帯電話番号など
メー ル ア ド レ ス						
学 歴	学 校 名		課 程		在学期間	該当を○で囲む
	(最終学歴)				年 月 日から 年 月 日まで	卒 業 ・ 退 学 卒 業 見 込
	(その前)				年 月 日から 年 月 日まで	卒 業 ・ 退 学 卒 業 見 込
職 歴	勤 務 先		職 務 内 容		期 間	備 考 (該当するところに☑してください)
	(最終)				年 月 日から 年 月 日まで	☐ 民間企業等 ☐ 公共団体等 ☐ 就労継続支援 A 型 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援 B 型 ☐ その他 ()
	(その前)				年 月 日から 年 月 日まで	☐ 民間企業等 ☐ 公共団体等 ☐ 就労継続支援 A 型 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援 B 型 ☐ その他 ()
	(その前)				年 月 日から 年 月 日まで	☐ 民間企業等 ☐ 公共団体等 ☐ 就労継続支援 A 型 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援 B 型 ☐ その他 ()
手帳の種類 (該当に☑)	障害の程度 (等級)	交付機関名 (都道府県・市)	交付日		有効期限 (次期判定)	障害名 (記載無しの場合は記入不要)
☐ 身体障害者			年 月 日		—	
☐ 愛護(療育)			年 月 日		年 月 日	
☐ 精神障害者 保健福祉			年 月 日		年 月 日	
勤務 場所	通勤が困難な場所がある場合は、該当するところに☑してください。					
	☐ ①本庁 ☐ ②中央卸売市場本場 ☐ ③千種区役所 ☐ ④中区役所 ☐ ⑤天白区役所 ☐ ⑥交通局研修所					
	※特に希望する勤務場所がある場合は、該当する番号を以下に記入してください。					
資格・免許 など	名 称				取得(見込)年月日	
					年 月 日	
					年 月 日	

自己PR（人柄、長所、短所等）について記入してください。

--

得意なことや作業について記入してください

苦手なことや作業について記入してください

--	--

仕事をする上で配慮してほしいことや知っておいてほしいことがあれば具体的に記入してください。

--

受験上の 配慮希望	無 ・ 有	※ありの場合は、具体的に記入してください。
採用後の 兼業の予定	無 ・ 有	

（有の場合、勤務先、勤務曜日、勤務時間等を記入）

下記の事項の該当、非該当を○で囲んでください。

ア 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者	該 当・非該当
イ 名古屋市において懲戒免職 の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者	該 当・非該当
ウ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者	該 当・非該当
エ 平成11年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とするもの以外）	該 当・非該当

私は、障害者を対象とした会計年度庶務事務職員採用選考試験を受験したいので、採用選考試験案内の記載事項をすべて了承のうえ、申し込みます。

なお、私は、採用選考試験案内に掲げてある受験資格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。

令和7年 月 日

氏名（自署）_____