

令和7年度五木村会計年度任用職員任用申込書 (障がい者を対象とする公募用)

職種	事務補助
----	------

ふりがな	年 月 日生
氏 名	生 年 月 日 令和7年(2025年)4月1日現在で満 歳
	性 別
<small>※「性別」欄:記載は任意です。未記載とすることも可能です。</small>	
現住所 〒	電話番号 — —
連絡先 〒 <small>(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)</small>	電話番号 — —

障害者手帳等の種類(いずれか一つに○を記入してください。)			
①身体障害手帳又は指定医等の 診断書等	②療育手帳又は児童相談所等が 発行した知的障害者の判定書	③精神障害者保健福祉手帳	
障がい名		級別	
交付機関名	交付番号	交付年月日	有効期限
	第 号	年 月 日	年 月 日

学 歴 及 び 職 歴	在学・職年月	学校名・会社名	学部・学科	所在地(市町村名まで)	卒・在学等の別
	年 月から 年 月まで	中学校	/		卒業
	年 月から 年 月まで		/		卒業・ 年在学 卒業見込・ 年中退
	年 月から 年 月まで		/		卒業・ 年在学 卒業見込・ 年中退
	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		/		
	年 月から 年 月まで		/		

検 定 ・ 資 格 ・ 免 許 等	名称(種別)	取得年月日	交付機関