

令和6年度 我孫子市職員採用試験申込書

※は記入しないでください

受験番
※ **記入例**

【障害者対象】

1 国籍(口にしてチェック) <input checked="" type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 外国籍(国籍)	3 フリガナ アビコ タロウ	2 試験職種 事務職初級 (障害者対象)		4 生年月日・性別(口にしてチェック) <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 4年 2月 24日生 <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 (令和6年4月1日現在の年齢32歳)	(写真欄) 写真は申込前3 か月以内に撮影 したもので、上半 身、脱帽、正面向 きのもの (縦40mm、横30mm)
		氏名 我孫子 太郎			

基準日時点の年齢を記入

5 現住所 フリガナ 〒270-1192 チバケンアビコシアビコ1858-1 千葉県我孫子市我孫子1858-1	7 電話 ※ハイフン不要。左詰めで記載してください。 (自宅) 0 4 7 1 8 5 1 1 1 1 (携帯) 0 9 0 0 0 0 0 0 0 0
6 送付先 現住所以外に通知等の送付を希望する場合に記入	

8 学歴(最終学歴とその前の学歴2つの計3つを最近のものから順に書いてください。)				
学校名 (最終学校名)	学部学科専攻名	所在地(市区町村)	期間	(口にしてチェック)
〇〇大学	〇〇学部〇〇学科	〇〇市	H22年 4月から H26年 3月まで	4学年 <input checked="" type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見込 <input type="checkbox"/> 中退
〇〇高校	〇〇科	〇〇市	H19年 4月から H22年 3月まで	3学年 <input checked="" type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退
〇〇中学校		〇〇市	H16年 4月から H19年 3月まで	3学年 <input checked="" type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退

9 職歴(今までの一切の職務上の経歴を最近のものから順に書いてください。)					
勤務先(部課名まで)	職務内容	就労形態	所在地(市区町村)	期間	退職事由等
〇〇市役所 〇〇課	事務	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> その他()	〇〇市	H28年 4月から 年 月まで	在職中
株式会社〇〇 〇〇課	営業	<input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> その他()	〇〇市	H26年 4月から H28年 3月まで	自己都合による
〇〇薬局	接客	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input checked="" type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> その他()	〇〇市	H24年 5月から H26年 3月まで	就職のため
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> その他()		年 月から 年 月まで	
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> その他()		年 月から 年 月まで	

申込日時点で在職中の場合は末日の記入不要

10 障害者手帳について	手帳名 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 都道府県知事若しくは政令指定都市市長が交付する療育手帳又は児童相談所等による知的障害者であることの判定書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
交付機関名 千葉 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input checked="" type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市	交付年月日 平成 24年 4月 3日 (再交付 年 月 日)	交付番号 第 〇〇〇 号
障害名(手帳の障害名欄の記載事項を全て記入) 〇〇〇〇		障害等級 2 級

私は、当該試験の募集要領に掲げる受験資格等を全て満たしており、この申込書に記載したことは事実と相違ありません。

令和6年 〇 月 〇 日
氏名 我孫子 太郎
(自署のこと)