

障がいのある方用

会計年度任用職員  
登録申込書

令和 年 月 日現在

写真を貼る位置  
縦4cm×横3cm  
  
撮影後3カ月以  
内のものに限る

ふりがな 氏 名	性別  男・女
昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)	
ふりがな 現 住 所 〒 — 方	電 話
	携帯電話
ふりがな 連 絡 先 (現住所と同じ場合は記入不要)	電 話 (平日の昼に連絡のつく番号)

年	月	学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて書く)

現在、黒石市役所で勤務している場合 ※勤務状況について			
職員番号	110	所属部署	部 課
職 名		勤務形態	1日 時間 分勤務 週 5日
業務内容			

取得 年	月	免 許 ・ 資 格

氏 名

趣味・特技

志望の動機(自己PR)

パソコン操作について(番号を○で囲んでください。)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. パソコンの基本操作(インターネット検索等)ができる。   |
| 2. ワード・エクセル等を使用し、簡単な文書・表計算ができる。 |
| 3. ワード・エクセル等を使用し、複雑な文書・表計算ができる。 |
| 4. ほとんど使用できない。                  |

希望の職種等（例 事務・技能労務関係など具体的に）

1日の勤務時間 6時間 ・ 7時間 ・ その他 ( )

職種	第一希望
----	------

## 第二希望

通勤について

通勤距離 (	km)
--------	-----

通勤時間 (                      分)

手段（自動車・自転車・徒歩・バス・電車・送迎・その他（ ））

扶養家族数 (配偶者を除く)	人
-------------------	---

配偶者	有	無
-----	---	---

配偶者の扶養義務	有	・	無
----------	---	---	---

有 · 無

※ 「障害者手帳」を持参してください。

公募条件
------

## 「障害者手帳」の種類等

次のすべての要件を満たす人  
(該当する□内に✓を記入)

□療育手帳 ( A B )

☐「障害者手帳」の交付を受けている

□精神保健福祉手帳	級
-----------	---

☐ 自力による通勤ができる

□身体障害者手帳 級 号

☐ 介助なしで、職務遂行ができる

( 視 聴 肢 心臓 肝臓 呼吸 その他: )

※ 現在ご自身の障がいのため、仕事をする上で困ることや配慮してほしいことはありますか。

※ 総務課整理欄