

# 階上町職員採用試験申込書（身体障がい者採用枠）

◎全て黒インク又は黒ボールペンで、※印欄を除くすべての欄に記入してください。

◎該当する□の中にはレ印を記入してください。

◎障害者手帳の写しを添付してください。

試験種目	身体障がい者採用枠	※受験番号			※申込受付	写真貼付
					/	
(ふりがな) 1 氏名		2 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※受験受付 (教養) <input type="checkbox"/> (専門) <input type="checkbox"/>	・縦4cm×横3cm ・上半身・正面・脱帽 ・3ヵ月以内に撮影 ・裏側に氏名を記入	
3 生年月日	年 月 日生 (令和2年4月1日現在 満 歳)				令和2年 月撮影	
4 現住所	(〒 - ) アパート等の場合は、棟室番号まで詳しく記入してください。  Tel ( ) -					
5 連絡先	(〒 - ) 現住所以外の連絡先（実家等）があれば記入してください。  Tel ( ) -					
◇ 受験票送付希望先 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先						
6 学歴	学校名	学部	学科	専攻	期間	○で囲む
	中学校	/	/	/	自 年 月 至 年 月	卒
					自 年 月 至 年 月	卒・( )年在 卒見・中退
					自 年 月 至 年 月	卒・( )年在 卒見・中退
					自 年 月 至 年 月	卒・( )年在 卒見・中退
7 現在の職業	勤務先名称	所在地	職務内容		在職期間 年 月から	
8 私は試験案内に掲載してある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。 また、階上町職員として採用されたときは、日本国憲法及び法律を尊重し、誠実かつ公正に職務に従事することを誓います。 令和 年 月 日 氏名 (自署してください。)						