

令和8年度逗子市会計年度任用職員採用試験申込書・履歴書

受付印

※受験番号	
-------	--

写 真  
上半身・脱帽  
最近 3 ヶ月以内  
のもの  
縦 4 cm ・ 横 3 cm

申込職種	募 集 職 種	
	事務職(障がいのある人)	
勤務日数	1 週4日勤務(週 31 時間)    2 週3日勤務(週 23.25 時間) 3 週2日勤務(週 15 時間) ※週2日勤務は精神障がい者、重度身体障がい者及び 重度知的障がい者の方が対象となります 注 上記の勤務日数より、希望の番号に○をしてください。複数可。	
	1 原則、平日勤務のみ    2 シフト勤務(土日勤務等あり) 注 上記の勤務形態より、希望の番号に○をしてください。複数可。	
ふりがな		国 籍
氏 名		(日本以外の人)
生 年 月 日	年(和暦                  年)                  月                  日生 (2025 年(令和7年)11 月1日時点 満                  歳)	
現 住 所	〒                  —                  T E L                  (                  ) 携帯電話                  (                  )	
	〒                  —                  T E L                  (                  ) 携帯電話                  (                  ) あなたとの続柄(                  )	
緊 急 時 連 絡 先	〒                  —                  T E L                  (                  ) 携帯電話                  (                  ) あなたとの続柄(                  )	

年	月	日	学 歴
年	月	日	職 歴

◎ ※欄は記入しないでください。

取得年月日			資 格 ・ 免 許 等	
年	月	日	(自動車免許及び原付免許を有している方は必ず記入してください。)	
自覚する長所			自覚する短所	
仕事の得意分野 (例: パソコン作業、書類の仕訳や封入、荷物の整理など)			受験に際して配慮が必要なこと(複数可) ・試験会場で車いすを使用する ・就労支援機関の職員等の同席が必要 ・面接時間について、体調に配慮が必要 注 上記のうち配慮が必要な事項に○をしてください。 その他に配慮が必要な場合は事前にご相談ください。	
障がいの内容について				
障がい名		交付機関		交付番号
身体障がい ( ) 級 ( ) ( )				
知的障がい ( A ・ B ) ( ) ( )				
精神障がい ( ) 級 ( ) ( )				
◎この欄は、申込者が未成年の場合に限り記入してください。 逗子市会計年度任用職員採用試験の申込み等を行うことに同意します。				
保護者又は保証人				
氏 名		印		
住 所				
電 話		( )		
この申込書・履歴書の記載事項は事実と相違ありません。また、試験案内に記載されている欠格条項の事項には該当するものではありません。				
年 月 日		署 名		
※自署が難しい場合、保護者又は保証人が代筆してください				
年 月 日		署 名 (申込者との関係: )		