

春日市会計年度任用職員（障がい者対象）登録申込書

令和 年 月 日現在

ふりがな		生年月日	写 真（カラー） 1. 申込者本人のみ 2. 6か月以内に撮影 3. 正面、無帽、無背景 4. 縦40mm×横30mm程度 5. 裏面に記名 ※写真データのカラー印刷可	
氏名		年 月 日		
住所	〒 -			
	電話 () -			
希望する勤務条件（あれば）			特技・自己アピール	
（勤務日数）週 日希望 （勤務できない曜日） 月・火・水・木・金 （希望する勤務時間）※ 8:30～17:00の間 : ~ : （その他）				
配慮事項	※任用に当たって配慮が必要なことがあれば記入して下さい			
職歴（期間） ※上から新しい順に記入		勤務先の名称		
		具体的な業務内容		
年 月 日～ 年 月 日				
年 月 日～ 年 月 日				
年 月 日～ 年 月 日				
年 月 日～ 年 月 日				
年 月 日～ 年 月 日				
照会日	照会所管課	内容		受付印
. .				
. .				
. .				
備考				

- ◇太枠内を黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
- ◇記入欄が不足する場合は、別紙（任意様式可）を添付してください。
- ◇この申込書による登録の有効期限は、受付の日から起算して1年を経過した日とします。
- ◇この申込書及び写真は返却しません。