

令和      年      月      日現在				＊	
<div>写 真</div> <div>・ 大きさ縦4.0cm×横3.0cm ・ 上半身、脱帽、正面向きで 3ヶ月以内に撮影したもの ・ 写真の裏全面にのりをつけて貼ってください。</div>	福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書 【令和8年度 障がい者を対象とした福井県会計年度任用職員】				
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日		昭和・平成      年      月      日（      歳）		
現 住 所	〒      —      電話（      ）      —				
合格通知先住所	〒      —      電話（      ）      —				
手 帳 記 載 事 項	手帳の種類		① 身体障害者手帳または指定医等の診断書等 ② 療育手帳または児童相談所等が発行した知的障害者の判定書 ③ 精神障害者保健福祉手帳 ※いずれか1つを○で囲んで下さい。		
	交付機関		都・道 府・県・市	交付 番号	第      号
	障がい名		級別	級	
	交付・再発行 年月日		年      月      日		
学 歴  (最終学歴から順に記入)	学校名	学部・学科名	所在地(都道府県)	在学期間(和暦で記入)	修学区分
				年      月から	卒業・卒業見込 修了・修了見込
				年      月まで	中退・在 学 中
				年      月から	卒業・卒業見込 修了・修了見込
職 歴  (新しい順に記入)	勤務先の名称		雇用形態(正規・非正規)	在職期間(和暦で記入)	
			正規      ・      非正規	年      月から	
				年      月まで	
			正規      ・      非正規	年      月から	
				年      月まで	
			正規      ・      非正規	年      月から	
				年      月まで	
免 許 ・ 資 格	名称		認定交付機関	取得（見込）年月	
				年      月	
				年      月	

