

令和8年度 松江地区 障がい者を対象とした島根県会計年度任用職員採用試験申込書

申込所属	東部県民センター				*受験番号
フリガナ 氏名		生年月日 年齢	生 満 歳(採用日時点)	性別(注3)	写真を貼る位置 1. 縦 36～40mm 横 24～30mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のりづけ
現住所	〒				
電話番号	(日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。)				

■職歴(注4)

期間(年月日)	勤務先(注5)
～	
～	
～	
～	
～	

■学歴(注5)

卒業(予定)年月日	学校名

■資格・免許

取得(予定)年月日	資格・免許等の種別

- (注) 1. *印以外の部分すべてについて記入してください(該当等がない場合は「なし」と記入してください。)
 2. 黒インク又は黒のボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください(パソコン可)。
 3. 性別欄は任意です。未記入とすることも可能です。
 4. 今までに就職したことがあれば、新しいものから順に5件までご記入ください。自営も含みます。
 5. 中学校卒業以降の学歴を古いものから順に記入してください。中途退学は、学校名の後ろに(中途退学)と記入し、卒業(予定)年月日には中途退学した年月日を記入してください。

裏面もご記入ください

■志望動機について300字以内で記入してください。

文字数 0

■自己PR、職務に活かすことができる特技などについて、300字以内で記入してください。

文字数 0

■職場への希望(配慮をお願いしたいことなど)

■試験において希望する配慮事項

面接試験において希望する配慮事項がありましたら、理由とともに記載してください。

(内容によっては試験会場等の理由により配慮できない場合があります。)