

障がい者を対象とした会計年度任用職員(事務補助)登録用紙

【注意事項】

- ・勤務条件等が、ご希望と異なる場合もあります。
- ・勤務条件に合う求人がない等の理由で、登録期間中に連絡がない場合があります。
- ・登録しても、必ず採用されるとは限りません。

写真貼付欄

申込前3か月以内に撮影したもの

登録申込日	令和 年 月 日		
氏名	ふりがな		
生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	性別	
住所	〒 ()		電話番号
			() -
			メールアドレス
		@	

希望する勤務条件等

1. 曜日(勤務可能な曜日に○をしてください)

月・火・水・木・金(土・日)

※原則土日勤務はありませんが、勤務部署等により土日勤務が生じることがあります。

2. 時間帯(勤務可能な時間帯を記入してください)

(時 分 ~ 時 分) (備考:)

市役所の基本的な勤務時間は9時~17時半です。曜日等により時間帯が異なる方は備考欄にご記入ください。

3. 社会保険(希望する方に○をしてください)

扶養範囲内での勤務を(希望する・特にこだわらない)

職歴等 (主なものを記入)	勤務先名称	業務内容等	在職期間	
				~
			~	年 月 / 年 月

パソコン操作について ※該当する区分に○をしてください。	WORD	1 図や差し込み文書の作成等ができる 2 入力など、簡易な操作のみできる 3 使用したことがない
	EXCEL	1 関数やグラフの作成等ができる 2 入力など、簡易な操作のみできる 3 使用したことがない

資格・免許等

交付を受けている 手帳の内容について	種類(該当に○)	等級又は程度	障がい名又は診断名	取得年月日
	身体・知的・精神	級 A1・A2・B1・B2		年 月 日

選考や就労にあたり配慮が必要な事項

登録後の職員歴 (人事課使用欄)	課	~
	課	~
	課	~

※「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。