

安城市会計年度任用職員
(障害者業務管理相談員) 申込書

受験番号	受付年月日
番	

※この欄は記入しないでください。

写真糊付け欄

4cm×3cm
(タテ×ヨコ)

最近3か月以内に撮影した上半身の鮮明な写真
(はがれないように貼付ける。)

裏面下の記入上の注意事項及び別紙記入例を確認のうえ記入してください。

フリガナ				
氏 名				
生年月日	昭和・平成 (西暦) 年 月 日生	年齢	満 歳 (令和7年12月1日現在)	
フリガナ			電話番号(区分に○)	
現住所	〒 (マンション・アパート名、号室等)	第一希望	(携帯・自宅・その他)	
		第二希望	(携帯・自宅・その他)	
フリガナ			電話番号(区分に○)	
不在時の連絡先	〒 ※現住所と同じ場合は、「同上」と記入		(携帯・自宅・その他)	
通知等の送付先を現住所以外に希望する場合 (□に✓を記入してください。) ☐ 不在時連絡先への送付を希望する				
最終学歴	学校・学部・学科名		在学期間	
職歴	会社(官公庁)・部課名	在職期間(和暦)		正規・臨時の別
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
	※職歴について、空白期間がないようにすべて記入してください。欄が不足する場合は、別紙(A4サイズ任意様式)に記入し、添付してください。			