

平成30年度

提出日：平成 年 月 日

射水市臨時職員登録申請書【障がいのある方用】

平成30年度における射水市臨時職員の登録を申請します。

写真を貼る位置

縦4cm×横3cmの
写真を貼り付けて
ください。

ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (平成30年4月1日時点で 歳)	
現住所	〒 -	自宅電話 ()
		携帯電話 ()
現住所以外の 連絡先 <small>(必要に応じて記入)</small>	〒 -	電話 ()

申込資格	障害者手帳の種類等	備考
次の要件を満たす人 (該当する 内にしを記入) 障害者手帳の交付を受けている	療育手帳 (A B)	
	精神保健福祉手帳 級	
	身体障害者手帳 級 (視 聴 肢 心臓 肝臓 腎臓 その他())	
現在ご自身の障がい(病気)のためにかかっている病院はありますか。(ある・ない)		
現在ご自身の障がい(病気)のため、仕事をする上で配慮してほしいことなどはありますか。(勤務条件・設備等)		
希望する仕事を具体的に記入してください。		

地方公務員法第16条の欠格条項に該当しますか。(はい・いいえ) 「はい」の場合、任用されません。

【欠格条項】

- ・ 成年被後見人、被保佐人(準禁治産者を含む。)
- ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- ・ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

この申込みは、登録を受け付けるものであって、採用を確約するものではありません。

個人情報、事前の同意なくこの利用目的以外には使用しません。

氏名	
----	--

学校名 / 会社名等	学部・学科等 / 仕事の内容	区分	期間
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月
			昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月

「区分」の欄には、学歴では「卒業」又は「卒業見込」、職歴では「正規」又は「臨時」を記入してください(在学中のアルバイトは記入不要)。射水市臨時職員としての勤務経験がある方は、その内容についても記入してください。

免許・資格	取得(見込)年月
普通自動車運転免許(有・無)	昭・平 年 月 取得・取得見込
	昭・平 年 月 取得・取得見込

志望理由	
自己PR(これまでの経験、得意分野、性格など)	
パソコン操作 ・ワード 経験(有・無) ・エクセル 経験(有・無) ・その他() 経験(有・無)	扶養家族(配偶者を除く) 人 配偶者 (有・無) 配偶者の扶養義務 (有・無)
その他(希望事項等)	