

令和8年度採用

高槻市障がい福祉課会計年度任用職員採用候補者試験申込書

令和 年 月 日現在

手話通訳者業務従事職員 (月額制会計年度任用職員)	※受験番号(記入不要)	応募資格(A・B)	※記入不要	
<p>写 真</p> <p>縦4.5cm×横3.5cm</p> <p>申し込み前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの</p>	ふりがな		性別 (記載は任意)	
	氏 名			
	生年月日		年 月 日 (満 歳)	
	郵便番号		□□□ □□□□	
	住 所			
	<u>※ 電話連絡を行う場合に必ず連絡のとれる番号を記入してください</u>			
	連絡先 [- () -] e-mail []			
在学期間	学歴			
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
あなたの持つ資格等で有益であると思われるものを五つ以内で記入してください。				
※応募資格Aで応募される場合は要件となる資格を含め五つ以内で記載してください。				
取 得 年 月 日	資格・免許等の名称			
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				

職歷書

氏名：

志望動機を記入してください。

自己PR等を記入してください。

今までの職務経験等を記入してください。

記入上の注意事項

- 1 記入はボールペン又はパソコンで正確かつ明瞭に記入してください。
 - 2 数字は算用数字で書いてください。記入事項がなければ、斜線を引いてください。
 - 3 不実の記載があるときは公務員として任用される資格を失うことがあります。
また、採用後においても免職されることがあります。