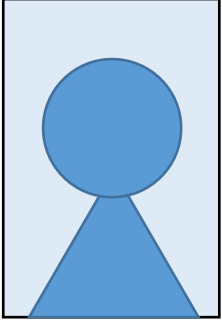


障がい者を対象とした会計年度任用職員採用選考申込書（1／3）

令和4年1月1日現在

	勤務可能な勤務地 <input checked="" type="checkbox"/> 以下の振興局管内であれば勤務可能 <input type="checkbox"/> 空知 <input type="checkbox"/> 石狩 <input type="checkbox"/> 後志 <input type="checkbox"/> 胆振 <input type="checkbox"/> 日高 <input type="checkbox"/> 渡島 <input type="checkbox"/> 檜山 <input type="checkbox"/> 上川 <input type="checkbox"/> 留萌 <input type="checkbox"/> 宗谷 <input checked="" type="checkbox"/> オホーツク <input checked="" type="checkbox"/> 十勝 <input checked="" type="checkbox"/> 釧路 <input checked="" type="checkbox"/> 根室 <input type="checkbox"/> （ ）市・町・村 限定	氏名 (ふりがな) ほっかい たろう 北海 太郎
		性別(任意) 男・女
現住所 〒000-0000 釧路市〇×町1丁目1-1		生年月日 昭和・平成・令和 58年 5月 1日 (38歳)
電話番号 自宅・ <b>携帯</b> 090(1234)5678		登録番号(※北海道庁記載欄)
連絡先(帰省先等上記以外に連絡先がある場合は記入) 電話番号 <b>自宅</b> 携帯 (0123)45-6789		

■ 経歴・職歴

(中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入。無職の場合は無職と記入)  
 (欄が不足する場合は、別紙(任意様式)に記入して本申込書に添付)

学校名・勤務先名等	学部・具体的な職務内容等	始 期	終期(見込)
北海道立〇×高等学校	普通科	平成11年4月 1日	平成14年3月31日
〇×大学	経済学部	平成14年4月 1日	平成18年3月31日
〇×商事株式会社	営業、管理業務	平成18年4月 1日	平成25年9月30日
無職		平成25年10月1日	平成26年3月31日
〇×コンビニエンスストア	レジ、商品陳列	平成26年4月 1日	平成28年3月31日
無職		平成28年4月 1日	平成29年3月31日
〇×市役所税務課	非常勤職員(データ入力)	平成29年4月 1日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

年	月	免許・取得	〈趣味、特技〉 読書、サイクリング	普通自動車運転免許 有・無
平15	8	日商簿記3級		運転の可否 可・不可
〈健康状態〉(該当がある場合にレを記入) <input checked="" type="checkbox"/> 現在治療中の病気がある(手帳等の取得要因となった障がいを除く。) 病名：糖尿病				

<A4サイズ：片面で印刷すること>

登録番号	氏名
※北海道庁記載欄	(ふりがな) ほっかい たろう 北海 太郎

- これまでに、特に力を入れてきたことを一つ挙げ、その理由や取組内容、その経験を通じて得たことを記述してください。

私は、〇〇〇・・・。

私は、日本国籍を有しており、地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。申込時に申告したすべての事項に相違はなく、別途実施される会計年度任用職員採用に係る選考及び任用手続において、本申込書及び記載の情報が使用されることに同意します。  
(日付、氏名とも必ず自筆で記入。記入のない場合は、原則として受理しません。)

令和4年1月1日

氏名（自筆）

北海 太郎

登録番号	氏名
※北海道庁記載欄	(ふりがな) ほっかい たろう 北海 太郎

<p>■障がいに関する事 ※ ご自身の障がいに関してご回答ください。 (配慮事項の検討等の参考とするものであり、答えられる範囲でかまいません。)</p>	
障がいの状況	障がい名 分類：身体・知的・ <b>精神</b> 等級：3級 双極性感情障害
	<p>症状（特性）</p> <p>そう状態とうつ状態を繰り返しますが、ここ2年ほどは年に数回のうつ状態で症状は安定しており、そう状態になることはほぼありません。</p>
定期通院状況	<p>・<b>あり</b> (医療機関等名：釧路〇×病院 精神科) (月 1回/年 回)</p> <p>・なし</p>
服薬状況	<p>・<b>あり</b> ・なし</p>
医師に制限されている事項（ある場合は記入）	過度な超過勤務はしないように言われています。
協力支援機関（該当者のみ記入）	<p>・医療機関 ・就労移行支援 ・就労継続支援A型 ・就労継続支援B型 ・その他 ( )</p> <p>施設名：</p>
<p>■勤務する上でサポートや配慮を必要とする事項があれば、その内容をお書きください。</p> <p>〔 記入例～障がい者用トイレの確保が必要、リハビリのため月1回の通院が必要、作業内容を書面にしたマニュアルが必要 など 〕</p> <p>口頭での指示は理解に時間がかかることがあるため、業務内容を書面で通知していただくと助かります。 超過勤務はできるだけないように配慮願います。</p>	
<p>■その他、配慮が必要な事項や希望事項があればお書きください。</p>	