

厚木市会計年度任用職員エントリーシート(障がいのある人)

※厚木市使用

【職種】しごとサポート室スタッフ

No.

申込者氏名		生年月日		(写真欄) 申込書提出前 6箇月以内に撮った 帽子をつけない 上半身縦4cm横3cm のもので、本人と 確認できるものを 貼ってください。
フリガナ	S・H 年 月 日			
氏名	(満 歳)			
現住所	電話番号			
〒		自宅		
		携帯		
緊急連絡先電話番号(申込者以外)		(氏名 続柄:)		
通知等送付先		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ(同じ場合は記入不要)		
〒		(電話番号)		
学校名(最終学歴)	学部・学科名	期間	修学区分	
		S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒・卒見・中退・修了	
職歴(アルバイト・パート等を含みます。記入しきれない場合は主なものを記入してください。)				
勤務先	勤務内容	雇用形態	期間	
		正社員・それ以外	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		正社員・それ以外	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		正社員・それ以外	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		正社員・それ以外	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		正社員・それ以外	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		正社員・それ以外	S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
資格・免許等				
種類	取得(見込み)年月日			
	S・H・R 年 月 日	取得・取得見込み		
	S・H・R 年 月 日	取得・取得見込み		
	S・H・R 年 月 日	取得・取得見込み		
交付を受けている手帳等の内容について				
種類	等級又は障害の程度	障がい名又は診断名	交付年月日(申請中の場合は交付予定)	
身体・療育・精神	()級 B2・B1・A2・A1		S・H・R 年 月 日	
就労支援機関の登録について	<input type="checkbox"/> なし(なしの場合は記入不要)			
就労支援機関の名称	面接時に就労支援機関の職員等の同席を希望しますか。			
	<input type="checkbox"/> する(同席をする職員等氏名)			
	<input type="checkbox"/> しない			
面接をするに当たり配慮が必要な事項(例 車椅子を使用)				

※裏面に続きます。

氏名	
自己PR	
得意なことや作業	
苦手なことや作業	
仕事をするに当たり職場に配慮をして欲しいことや知っておいて欲しい事項	
週当たりの勤務時間の希望を選択してください。	
【第1希望】	<input type="checkbox"/> 週30時間(週5日) <input type="checkbox"/> 週24時間(週4日)
【第2希望】	<input type="checkbox"/> 週30時間(週5日) <input type="checkbox"/> 週24時間(週4日)
欠格条項等	
<p>私は、次に掲げる各号いずれにも該当しておりません。また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。</p> <p>(1) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わる又はその執行を受けることがなくなるまでの人</p> <p>(2) 厚木市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人</p> <p>(3) 日本国憲法の施行日以後において、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人</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 氏 名 _____</p>	

【提出前の確認事項】

- 写真は貼ってありますか。
- 全ての項目に回答していますか。
- 手帳のコピー(申請中の場合は申請内容が確認できる書類)を添付しましたか。
- 小論文を添付しましたか。