

令和8年度 障がい者を対象とした
岐阜県会計年度任用職員(補助職員)
採用選考申込書

[写真欄]

写真は申込前6カ月以内に帽
子をつけないで上半身正面
向きを撮った縦5.5cm×横4.5
cmのもので本人と確認できる
ものを貼り付けてください。

所 属	西濃保健所
職 名	補助職員(難病等業務補助職)

※以下について、必要事項を記入するとともに、該当する □ に「✓」を記入してください。

1 氏名(フリガナ)		
2 生年月日・年齢		
年	月	日生まれ 歳 (年 月 日現在)
3 現住所(同居人の場合は、同居先も記入してください。)		
(郵便番号 —) (電話 — —) (携帯電話 — —) (メールアドレス)		
4 連絡先(現住所以外の連絡場所がある場合は記入してください。)		
(郵便番号 —) (電話 — —) (携帯電話 — —)		
5 学歴(高等学校以上を記入してください。なお、所在地は市町村名までを記入してください。) ※専門学校は、修業年限が2年以上の場合に限ります。		
①現在又は最終 □ 大学院 □ 大学 □ 短大・専門学校 □ 高校		
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地
期 間		学 年 等
年 月から 年 月まで		学年 □ 卒 □ 卒見 □ 在 □ 中退
②その前 □ 大学院 □ 大学 □ 短大・専門学校 □ 高校		
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地
期 間		学 年 等
年 月から 年 月まで		学年 □ 卒 □ 中退

6 職歴(直近の職歴から順に記入してください)				
年		月	職歴	
7 資格・免許				
年		月	資格・免許	
8 志望動機・自己PR・その他				
[志望動機・自己PRについて記入してください]				
通勤時間		扶養家族(配偶者を除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
約	時間	分	人	☐ 有 ☐ 無
				☐ 有 ☐ 無
9 本人希望記入欄(特に報酬・勤務時間・業務内容等についての希望などがあれば記入してください。)				

(宣誓欄)

私は、採用選考案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、申込書についてのすべての記載事項に相違ありません。

年 月 日 申込者氏名(自筆)
