

令和 年 月 日現在

*

福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書
【令和8年度障がい者を対象とした福井県会計年度任用職員】

写 真

・大きさ縦4.0cm×横3.0cm
・上半身、脱帽、正面向きで
3ヶ月以内に撮影したもの
・写真の裏全面にのりをつけ
て貼ってください。

ふりがな

氏 名

生 年 月 日

昭和・平成 年 月 日 (歳)

現 住 所

〒 — 電話 () —

合格通知先住所

〒 — 電話 () —

手帳記載事項

手帳の種類

- ① 身体障害者手帳または指定医等の診断書等
- ② 療育手帳または児童相談所等が発行した知的障害者の判定書
- ③ 精神障害者保健福祉手帳

*いずれか1つを○で囲んで下さい

交付機関

都・道
府・県・市

交付
番号

第

号

障がい名

級別

級

交付・再発行
年月日

年

月

日

学 歴

(最終学歴から順に記入)

学校名

学部・学科名

所在地(都道府県)

在学期間(和暦で記入)

修学区分

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在学中

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在学中

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在学中

職 歴

(新しい順に記入)

勤務先の名称

所在地(都道府県)

在職期間(和暦で記入)

年 月から
年 月まで

