

# 令和8年度五所川原市会計年度任用職員登録申込書

※番号

提出日：令和 年 月 日

【写真貼付欄】

ふりがな							○大きさ：縦4cm×横3cm程度 ○6ヶ月以内に撮影したもの ○上半身、脱帽、正面向きで、本人と確認できるもの
氏名							
性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日生				
現住所 又は 連絡先住所	(〒 - )			現住所又はそれ以外の連絡先(実家等)を記入してください。			
連絡先	携帯( )	-		自宅( )	-		

パソ コン 操作	Microsoft Word (○で囲む)	1 簡単な文書のみの文書作成ができる 2 表・罫線等のある文書作成ができる 3 複雑な文書の編集ができる		
	Microsoft Excel (○で囲む)	1 数値の入力程度ができる 2 簡単な関数(加減乗除とSUM)が使用できる 3 複雑な関数等を使用した表が作成できる		
	他に使用できる ソフトを記入			
免許・資格	年 月	名称・種類	年 月	名称・種類

希望する 勤務形態	① 1日 7時間 週5日勤務 ② 1日 6時間 週5日勤務 ③ 1日 5時間 週5日勤務	④ その他(短期や土日のみ等) (希望内容: )	番号選択(複数可)
希望する 勤務場所	① 五所川原地区 ② 金木地区 ③ 市浦地区	④ その他 (希望内容: )	番号選択(複数可)
時間外の 勤務	① できる ② 時々ならできる(月 回程度) ③ できない	④ その他 (内容: )	番号選択(複数可)
土日祝日の 勤務	① できる ② 時々ならできる(月 回程度) ③ できない	④ その他 (内容: )	番号選択(複数可)
その他本人 希望等	(勤務条件や勤務にあたり健康や体調面で配慮が必要な点等があれば記入ください)		

※手書きの場合は、ペン又はボールペンで正確かつ明瞭に記入ください。

※パソコンから印刷する場合は必ず両面印刷してご利用ください。

学歴	学校名	学部	学科	卒業年月
	中学校	_____	_____	昭和 年 月 平成 年 月 令和 年 月
				昭和 年 月 平成 年 月 令和 年 月
				昭和 年 月 平成 年 月 令和 年 月
				昭和 年 月 平成 年 月 令和 年 月
職歴	勤務先名称	仕事の内容	勤務期間	退職理由
			年 月から	
			年 月まで	
			年 月から	
			年 月まで	
			年 月から	
			年 月まで	
			年 月から	
			年 月まで	
			年 月から	
			年 月まで	
			年 月から	
			年 月まで	
			年 月まで	

同意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>任用は業務状況や欠員等の状況によるため、登録後に必ず採用されるとは限りません。</li> <li>任用期間は業務状況や欠員等の状況によるため、希望の内容と異なる場合があります。</li> <li>任用に際して、登録者の中から選考を実施しますが、不合格となる場合があります。</li> <li>本登録の有効期間は令和9年3月31日までとなります。</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> 私は上記内容に同意します。 (レ印を入れること)

私は募集要項の登録資格を全て満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。 (自署又は記名押印)

令和 年 月 日

氏名

印

## 障がいの方のみ記載事項（対象となる方のみ提出）

障 が い に つ い て	手帳の種類 ※当てはまるものを○で囲む			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛護手帳（療育手帳） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳			
	手帳交付機関名 都道府県市	手帳交付年月日 年 月 日 (再交付 年 月 日)	手帳番号	第 号
			障がいの程度	
	障がいの名称			
	通院の有無	有・無	主な通院先 :	
			通院の状況 :	
訓練歴の有無	有・無	訓練機関の名称 :		
		訓練期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日		
支援機関の有無	有・無	訓練の内容 :		
		機関の名称 :		

※障がいの程度を確認するため、手帳等の写しを併せて提出してください。