令和8年度　会計年度任用職員採用選考申込書
（障害・介護認定事務員）

申込番号 ※記入不要	

ふりがな		（写真貼付） 必ず貼付する 横３㎝×縦４㎝ ※本人単身胸から上 ※裏面にのりづけ ※裏面に氏名記入
氏　　名		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（令和9年1月1日現在　　歳）	
現住所	〒　　―	
	電話　自宅　　（　　） 携帯電話等　　（　　）	

学　歴	学校名・学部学科名	左記学校の在学期間	
	最終学歴	昭和・平成・令和　年　月から 昭和・平成・令和　年　月まで	□　卒業 □　中退

職務経歴 （会社名・勤務期間・勤務内容・接客実務等（行政関係事務・受付接客実務の経験がある場合は、部署・職務内容等を詳細に記入））	
志望動機	
資　格 免　許	
仕事に対する 意気込み	
必要な配慮等	

障がい者手帳をお持ちの方はご記入ください	種　類	級	取得日	備　考

【欠格事由に関する申告】
以下の地方公務員法第16条に規定する欠格事由に該当していません。該当しない場合はチェックを入れてください。
□　拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
□　多治見市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から２年を経過しない者
□　人事委員会又は公平委員会の委員の職にあって、地方公務員法第60条から第63条までに規定する罪を犯し、刑に処せられた者
□　日本国憲法施行の日以後において、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者

私は、多治見市会計年度任用職員選考における採用条件を満たしており、すべての記載事項は事実と相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏　名（自署）