令和2年度 **魚沼地区障害福祉組合** **会計年度任用職員採用試験申込書**	受付押印欄

1　ふりがな	応募職種	
氏　　名		
生年月日　　年　　月　　日生（満　　歳）		

2　電算の取扱い：（該当する項目にチェックを付けて下さい。）

□　Excel・Word等パソコンをある程度扱うことができる　　□　取扱いできない

3　応募の動機：

4　添付書類：
□ 市販の履歴書(写真貼付)　　□ 免許書等の写し(有資格者の場合)
□ 障害者等手帳の写し（交付を受けている方はチェックを付けて下さい。）

5　障害者等手帳の交付を受けている方のみ記入願います。

障害名：	等 級 ：
動作制限：	

魚沼地区障害福祉組合会計年度任用職員採用試験を上記のとおり受験したいので、関係書類を添えて申し込みます。
なお、私は次に掲げる各号のいずれにも該当しません。
・禁錮以上の刑に処せられ、その刑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
・魚沼地区障害福祉組合又は他の地方公共団体の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

令和　　年　　月　　日

住　　所：

氏　　名：　　㊞

(連絡先電話番号：　　)

魚沼地区障害福祉組合　管理者　　様