豊田市職員採用試験 受験申込書（身体障がい者）

写　真 ・縦４０ミリ×横３０ミリ ・上半身正面向き、脱帽 ・３か月以内に撮影したものを両面テープで貼り付けること ・写真の裏面に氏名を記入しておくこと	受験番号　　－	面接番号　　－
	受験区分 （□欄にレ印）	□　身体障がい者（大学・短大卒業程度） □　身体障がい者（高校卒業程度）
		（ふりがな） 氏　名
性　別	□男　性 □女　性	昭和・平成　　年　　月　　日 生まれ （平成２４年４月１日時点で 満　　歳）
現住所 （市町村から記載）	〒　　－	（ふりがな） 自宅電話 （　　） － 携帯電話 （　　） －
現住所以外の連絡先	〒　　－	（ふりがな） 電話 （　　） －
受験票の送付先	□現住所　□現住所以外の連絡先　※希望する欄□にレ印	

履歴概要（中学校以後の学歴及び職務経歴を記入（注２参照）。現在就労中の方は、その職歴を必ず記入。）

	学校名／会社名	学部・学科／部署名（職務内容）	卒業区分又は雇用形態	在 籍 期 間
学歴・職歴	中学校	－	卒業	昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月
				昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月
				昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月
				昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月
				昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月
				昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月
				昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月
				昭・平　年　月 ～ 昭・平　年　月

資格・免許（取得又は取得見込年月と資格・免許名を記入。受験資格に関わる資格名は必ず記入。）

昭・平　年　月	普通自動車運転免許（有・無）	昭・平　年　月	
昭・平　年　月		昭・平　年　月	
昭・平　年　月		昭・平　年　月	
昭・平　年　月		昭・平　年　月	
昭・平　年　月		昭・平　年　月	
昭・平　年　月		昭・平　年　月	

※精神保健福祉士、看護師、保健師、薬剤師、獣医師、司書、栄養士、管理栄養士の資格取得(見込)者は、上記欄に必ず記入してください。

豊田市役所に就職を希望する理由と取り組んでみたいこと

自己PR（趣味・特技・ｸﾗﾌﾞ活動・ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ活動等の取組や人間性等について自由に記載してください）

私は上記のとおり受験を希望しますので、外国籍の場合の一部任用制限をはじめ、募集要項に記載のすべての事項を了承し申し込みします。
また、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。

豊　田　市　長　様

申込者氏名
（自 筆）

※注意事項
1　この申込書は、黒のボールペンかペンを用い、楷書で丁寧に記入してください。
2　「履歴概要」は学歴（専攻した学科まで）及び職務経歴（会社名、職務内容、実務経験期間等）を記入してください。また、中学校以後から現在に至るまで、空白期間の無いようすべてご記入ください。「卒業区分又は雇用形態」の欄には、学歴では「卒業」または「卒業見込」、職歴では「正規」または「臨時」を記入してください（在学中のアルバイトは記入不要）。
3　「履歴概要」「資格・免許」の所定欄に記入しきれないときは、補充用紙をのり付けしてください。