

四万十町会計年度任用職員（障がい者対象）履歴書

フリガナ	生年月日	写真貼付 (30×40)
氏名	年　月　日	
現住所（〒　　-　　）		
電話（自宅・携帯・呼出）（　　）-		
連絡先（〒　　-　　）		
電話（自宅・携帯・呼出）（　　）-		
メールアドレス		

学歴	学校名	学部・学科	在学期間	区分
			年　月～　年　月	卒業・卒業見込
		年　月～　年　月	卒業・卒業見込	
		年　月～　年　月	卒業・卒業見込	
職歴	勤務先		在職期間	
			年　月～　年　月	
			年　月～　年　月	
			年　月～　年　月	

受験資格	□身体障害者手帳	障がい名			
		等級			
		交付年月日	年　月　日（再交付）	年　月　日	
□知的障がい者	認定機関				
	障がいの程度	A判定（重度）	・	B判定（中軽度）	
□精神障害者保健福祉手帳	等級				
	交付年月日	年　月　日（有効期限）	年　月　日		

その他の免許・資格	免許・資格等の名称	取得（見込）年月
		年　月　取得・取得見込
		年　月　取得・取得見込
		年　月　取得・取得見込

自己紹介カード

○今回志望された動機を記入してください。

○パソコン等の使用能力について、あてはまるものに✓をしてください。

文章作成ソフトウェア (MS-Word 等)

使用経験なし 少し使える (入力程度) ほぼ使える (修飾・加工等)

表計算ソフトウェア (MS-Excel 等)

使用経験なし 少し使える (入力程度) ほぼ使える (修飾・加工等)

その他

()

○特に配慮を必要とする事項等があれば、記入してください。

*四万十町使用欄
