

四万十町会計年度任用職員（障がい者対象）履歴書

写真貼付
(30×40)

フリガナ	生年月日
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）（ ） -

	学校名	学部・学科	在学期間	区 分
学 歴			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

	勤 務 先	在職期間
職 歴		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	

	免許・資格等の名称	取得（見込）年月
そ の 他 の 免 許 ・ 資 格		年 月 取得・取得見込
		年 月 取得・取得見込
		年 月 取得・取得見込

