**（　任　期　付　職　員　）**

※必ず本人が記入すること。（令和６年１月１日現在）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受験職種受験番号 | （フリガナ）氏 　 名 | 生年月日（満年齢） | 学 歴 |  | 学部名 | 学科名 | 卒業等の別 |  | 写 真３ｃｍ×４ｃｍ |
|  |  | SH | ． ．（満 歳） | 最 終 |  |  |  | 修了卒業年 月 卒見中退 |  |
| 郵便番号 －電話番号 － 　－ | その前 |  |  |  | 卒業年 月 卒見中退 |  |
| その前 |  |  |  | 卒業年 月 卒見中退 |  |
|  |  |  |
| 受験動機 |  |
| 職歴（新しいものから順に） | 在職期間 | 会社名等 | 職務内容・役職等 |
| 自　S.H.R　　年　　月　　日　～在職中（S.H.R　 年　　月 　日）  |  |  |
| 自　S.H.R　　年　　月　　日　～　至　S.H.R　　年　　月　　日 |  |  |
| 自　S.H.R　　年　　月　　日　～　至　S.H.R　　年　　月　　日 |  |  |
| 自　S.H.R　　年　　月　　日　～　至　S.H.R　　年　　月　　日 |  |  |
| 資格・免許等 | 資　　格 | 取　得　日 | 特技・趣味 |  |
|  | 年　　月　　日 | 手帳種別 | 該当するものに〇を記入してください。また、等級及び交付年月日を記入してください。（手帳を所持していない場合は診断名及び診断日を記入してください） |
|  | 年　　月　　日 | 身体 |  | 　　　　　　　級 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 年　　月　　日 | 療育 |  | 　　　　　　　級 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 年　　月　　日 | 精神 |  | 　　　　　　　級 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 年　　月　　日 | その他 |  | （診断名） | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 自己紹介・人柄等 |  | 既往歴 |  |
| その他特に述べたいこと |  |

※職歴欄が不足する場合は、用紙をコピーするか、任意様式に記載してください。