写真を貼る位置
1 縦 36～40mm
2 横 24～30mm
3 裏面にのりづけ
4 裏面に氏名記入

熊本市障がい者雇用促進会計年度任用職員申込書 【チャレンジ雇用】

ふりがな 氏　名	
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生 （満　　歳）
現住所 〒	日中連絡がとれる電話番号
緊急連絡先 （連絡者氏名） （申込者との関係）	電話番号
障がい名	

年	月	学　歴　（中学校以前は記入不要）

年	月	職業訓練の経験（訓練施設名、訓練名を記入）

※職歴は、別紙「職務経歴書」に記入してください

取得年月	免許・資格
年　　月	
年　　月	

【希望する業務】※配属先決定の参考とするため、別添の「業務内容」を参考に希望する業務を全て選択してください。なお、本人の特性、適性、配慮事項及び欠員状況等を踏まえて配属先を決定するため、希望した業務と異なる業務に従事していただく場合があります。予めご了承ください。

① 各課	② ワークステーション	③ 文書集配部門	④ どこでも良い

【支援機関の利用状況】就労移行支援事業所、就労継続支援 A 型事業所、指定相談支援事業所、くまもと障がい者ワーク・ライフサポートセンター「縁」などの利用状況について

現在の利用	施設名称	施設所在市町村
有　・　無		
採用後、市が利用施設に連絡し、あなたの就労状況、支援の状況等の聞き取りを行うことに同意しますか。 はい　・　いいえ		

【オフィスソフトの基本操作】該当する番号に〇をつけてください。

ワード（Word）操作	エクセル（Excel）
1　新規で文書を作成できる（フォントの編集、図・表の挿入などの活用が可能） 2　決まった書式に入力ができる 3　扱えない（苦手）	1　図（グラフ）の作成や関数を活用できる 2　決まった書式に入力ができる 3　扱えない（苦手）
その他ソフト（扱えるソフト名を記入してください）	

【チャレンジ雇用を志望する動機】

【扶養親族等】

配偶者	有　　無	扶養家族数（配偶者除く）	人

【採用試験で配慮が必要なこと】（ある場合は具体的に記入してください）

私は、応募資格を満たし、欠格条項に該当しません。また、この申込書及び別紙職務経歴書に記載した事項に相違ありません。（自筆で署名してください）

令和　　年　　月　　日　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿