

令和8年度 那賀町会計年度任用職員採用試験受験申込書

障がい者雇用

写真貼付欄  
(縦4cm×横3cm)  
上半身、正面、無  
帽、無背景で、受  
験申込前3箇月以  
内に撮影したもの

試験場	那賀町地域交流センター (那賀町役場本庁舎横)		受験番号	※		
氏名 (ふりがな)		国籍	生年月日・性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 回答しない			
		<input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 外国籍	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 令和8年4月1日現在 (満 歳)			
現住所 (下宿先等) (ふりがな)						
(〒 - )						
(同居先 方) 連絡先 (昼間連絡が取れるもの) ( ) -						
E-mail : @						
希望する職種 (希望する職種によって必ずしも採用されるとは限りません。) (別紙、令和8年度那賀町会計年度任用職員採用職種一覧表から職種を選択して記入してください。第2希望は、希望しない場合は記入不要です。)						
第1希望 職種 ( )						
第2希望 職種 ( )						
勤務可能地 (勤務可能な地区全てをチェックしてください。)						
<input type="checkbox"/> 鷺敷 <input type="checkbox"/> 相生 <input type="checkbox"/> 上那賀 <input type="checkbox"/> 木沢 <input type="checkbox"/> 木頭						
学歴						
学 校 名	学部・学科名	所在地 (市町村名まで)	在学期間		修学区分	
最終			年 月 から 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中 ( 年次) <input type="checkbox"/> 中退 ( 年次)		
その前			年 月 から 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中 ( 年次) <input type="checkbox"/> 中退 ( 年次)		
その前			年 月 から 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 在学中 ( 年次) <input type="checkbox"/> 中退 ( 年次)		
職歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
勤務先	部・課名	職務内容		在職期間		
最終				年 月 から 年 月 まで		
その前				年 月 から 年 月 まで		
その前				年 月 から 年 月 まで		
その前				年 月 から 年 月 まで		
その前				年 月 から 年 月 まで		
保護者 (受験者が未成年の場合のみ記入)				連絡先電話番号		
ふりがな					自宅 携帯	
氏名	住所 (〒 - )					
私は、募集案内の記載内容を了承の上、受験を申し込みます。なお、私は地方公務員法第16条に該当しておりません。また、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。						
令和 年 月 日						
氏名 (自署すること)						

令和8年度那賀町会計年度任用職員採用試験 面接カード

受験番号 (記入不要)	氏名	ふりがな	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和8年4月1日現在 (満 歳)
			性別	

①手帳記載事項（該当する手帳の写しを添付して下さい。）

種類（該当するものを○で囲んでください。）

- |                             |                |                            |
|-----------------------------|----------------|----------------------------|
| 1. 身体障害者手帳<br>又は指定医等作成の診断書等 | 2. 精神障害者保健福祉手帳 | 3. 療育手帳又は<br>知的障害者判定機関の判定書 |
|-----------------------------|----------------|----------------------------|

交付機関	番号及び交付年月日	障がい名	級別
記入例 徳島県	第〇〇〇号 年 月 日	□□□□	△級

②受験に当たっての要望事項  
会場準備のために必要ですので、要望事項があれば具体的に記入して下さい。

③町の会計年度任用職員経験者のみ回答してください。  
勤務していて困ったことや、今後改善したらよいと思うこと。

④あなたの長所や特技を含めた自己PR

⑤資格等（この試験の受験に必要な資格・免許は必ず書き、取得見込も記入してください。）

取得年月日	資格の名称	種別
S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月		

現在、本町以外の職員採用試験を受けている方は解答してください。 □有 □無	官公庁名・会社名等	試験実施年月	結果（現在）
			内定・合格・不合格・未定
			内定・合格・不合格・未定

パートタイム会計年度任用職員の職に応募する場合、副業の予定はありますか。	1. 副業予定の有無	□ 有 □ 無
	2. 副業先の所定労働時間	1日 時間 分
	3. 雇用予定年月日	令和 年 月 日

（注意）黒インク、黒ボールペンを使用し、自筆で記入してください。消せるボールペンは認めません。