

弘前市職員採用資格試験受験申込書

- 1 青又は黒インクを用いて記入、又は入力してください。
- 2 該当する項目は、各々の文字を○で囲んでください。
- 3 ※は、記入しないでください。

試験職種	障がい者対象（行政）			※受験番号		
ふりがな	旧姓					
氏名	年 月 改姓					
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生			試験結果の送付先 どちらかに○	(写真) ・6か月以内に撮影 ・脱帽・上半身・正面向 ・縦4cm横3cm程度 本人とはっきり確認 できるものを 貼ってください。 年 月 日 撮影	
現住所 〒				電話番号(携帯電話等連絡のつくもの)		
連絡先（実家等） 〒				電話番号(上記以外で連絡のつくもの)		
メールアドレス						
障がい確認種別 (○で囲む) ① 身体障害者手帳、又は指定医等の診断書等 ② 療育手帳、又は児童相談所等が発行した知的障がい者の判定書 ③ 精神障害者保健福祉手帳						
交付機関名	交付年月日(初回)	交付年月日(最新)	有効期限(ある場合)	手帳（交付）番号	障がい名（病名）、等級、判定区分	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
受験上の要望事項（試験案内の「11 受験上の配慮」を参考に、いずれかを○で囲み、内容を具体的に記入してください。） 受験に際し、特別な配慮を希望する 【 はい ・ いいえ 】						

※用紙の大きさはA4・印刷横向きとしてください(両面印刷可)。

学 歴 （中学校から順を追って書いてください）						
在 学 期 間		学校名	学部・学科・課程名	修 学 区 分	所在地(市町村名まで)	
年	月	年	月			
.	～	.		中学校		卒 年中退 卒見込 年転学
.	～	.				卒 年中退 卒見込 年転学
.	～	.				卒 年中退 卒見込 年転学
.	～	.				卒 年中退 卒見込 年転学
.	～	.				卒 年中退 卒見込 年転学

職 歴 （最終学校修了以降の職歴について、直近から遡って書いてください。）				
期 間		勤務先の名称	職名・仕事の内容	所在地(市町村名まで)
年	月	年	月	
.	～	.		直近
.	～	.		
.	～	.		
.	～	.		
.	～	.		
.	～	.		
.	～	.		

※用紙の大きさはA4・印刷横向きとしてください(両面印刷可)。

免許、資格等（名称、証書番号、取得年月日、交付機関名を記入してください。）			
免許、資格等の名称	証書番号	取得年月日	交付機関名

弘前市職員を志望した動機を記入してください。また、従事したい業務があれば、その内容と理由も記入してください。
1 私は、日本国籍を有しています。 2 私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項のいずれにも該当していません。 3 この申込書の記載内容は、すべて事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 （日付と氏名は自署してください。代筆の場合は、氏名の右側に「（代筆）」と記入してください。）

※この受験申込書に記載した事項については、人事管理上の必要に応じ、配属先等へ提供されます。

※用紙の大きさはA4・印刷横向きとしてください（両面印刷可）。