

令和8年度

金沢市会計年度任用職員(聴覚障害者手話相談員)採用試験申込書

1/2

1. 氏名・性別	ふりがな				写真 ・ 最近6か月以内に撮影した脱帽、正面向き、上半身の写真で、4.5cm×3.5cmのものを貼ってください。 ・ 写真裏面に、氏名を記載してください。 令和 年 月 撮影			
	昭和 ・ 平成 年 月 日							
	(申込日現在 歳)							
	〒 —							
2. 生年月日								
3. 現住所								
4. 連絡先	(電話番号) — — / (携帯電話) — —							
5. 学歴	学校名称		学部・学科・専攻等		修学期間 (昭和:S、平成:H、令和:R)		修学区分	
	最終			S・H・R 年 月 から	修了・修了見込・卒業・卒業見込			
				S・H・R 年 月 まで				
	その前			S・H・R 年 月 から	修了・卒業・退学			
				S・H・R 年 月 まで				
6. 職歴	就業先名称		就業内容		就業期間 (昭和:S、平成:H、令和:R)		就労の形態	
	現在			S・H・R 年 月 から	正規 ・ パート ・			
				S・H・R 年 月 まで	その他 ()			
	その前			S・H・R 年 月 から	正規 ・ パート ・			
				S・H・R 年 月 まで	その他 ()			
7. 免許・資格等	名称		種別・級位等		取得年月 (昭和:S、平成:H、令和:R)		発行者 (必ず記載してください。)	
8. 自己適性	※複数選択可 窓口、電話応対 ・ パソコンを使用した業務 ・ その他 ()							

9. 志望理由 (具体的に記入)	
10. 自己PR	
11. 手話通訳をする際の心構え、気を付けていることなど	
【署名欄】 私は、金沢市会計年度任用職員（聴覚障害者手話相談員）採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。 記載日 令和 年 月 日 氏名	

- (記入上の注意)
- 1. 太枠で囲まれた欄を黒ボールペン等で記載してください。
(鉛筆やこすると消えるペン（フリクション等）は不可)
 - 2. 性別、元号等は該当するものを○で囲んでください。
 - 3. 訂正は、二重線で抹消し、余白に記載してください。（訂正印不要）
 - 4. 記載事項に不正がある場合、採用資格を失うことがあります。