

※整理番号

魚沼市職員（初級行政：障害者雇用）採用登録試験受験申込書

職 種	初級行政	※受験番号					
ふりがな 氏 名							
生年月日	平成	年	月	日生	性 別		
障害者手帳番号	第 号			障害名・級	級		
車椅子・補装具等の有無	無 ・ 有 （具体的に)						
<p>私は、魚沼市職員（初級行政：障害者雇用）採用登録試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。 なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、提出書類のすべての記載事項は事実と相違ありません。</p> <p>ア 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。） イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者 ウ 魚沼市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者 エ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 印</p>							
※受付 日付印		※取扱者		※総合事務組合受 験者名簿記載照合		※受験票送付 確認照合	

【提出書類】 ◎は申込者全員が提出 ○は該当する何れか一方を提出ください。

- ◎ 申込書（本用紙）
- ◎ 履歴書（全国高等学校統一用紙：平成17年度改定）
- ◎ 障害者手帳の写し
- 全国高等学校統一用紙（平成17年度改定）の「調査書（原本）」
 高校を卒業又は令和2年3月卒業見込みの人（ただし、大学、短大（又は同等の学校）卒業・卒業見込者は除く）
- 成績証明書（原本）
 学校教育法による大学を卒業又は令和2年3月卒業見込みの人、短大（又は同等の学校）を卒業又は令和2年3月卒業見込みの人

注 意 事 項

1. この申込書の受け付けは、7月26日（金曜日）午後5時15分までです。郵送の場合は、7月26日までの消印のあるものに限り受け付けます。
 受付期間経過後の申し込みは、受け付けません。
2. すべての提出書類記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
3. 記載は、すべて青か黒インクを用いてください。
4. 写真3枚のうち1枚は、履歴書に貼り、残り2枚は、受験票及び受付表に貼るものであること
5. ※印以外の欄はすべて記載してください。
6. 数字はすべて算用数字を用いてください。
7. 受験票は、後日送付します。
8. この受験に関する照会は、魚沼市総務政策部総務人事課（電話025-792-9203）に申し出てください。