

受付年月日 (記入不要)		
-----------------	--	--

堺市会計年度任用職員採用選考 受験申込書
(聴覚障害者相談員)

写真貼付欄
1.半年以内に撮影したもの
2.正面向,上半身,脱帽
3.タテ4cm×ヨコ3cm
※写真裏面には氏名を記入すること。

ふりがな			
氏名			
生年月日 (和暦)	年 月 日生	(満 歳)	令和8年4月1日現在
現住所 ※住所は番地まで詳細に記入すること。マンション等の場合は、マンション名〇〇号室まで記入すること。	郵便番号 ー		
	TEL(自宅)	TEL(携帯)	
	FAX	E-mail	
連絡先 (この試験に関する郵送物送付先として上記と異なる連絡先を希望する場合)	郵便番号 ー		
	TEL(自宅)	TEL(携帯)	
	FAX	E-mail	

● 受験資格について (該当する項目名の右に「○」を記入し、必要事項を記入してください。)

①	手話 通訳士		登録 番号	登録年月 (和暦)	年 月
②	受験資格 (2)②に該当する期間		在職期間 (和暦)	年 月 日 から 年 月 日	勤務先

私は堺市会計年度任用職員採用選考(聴覚障害者相談員)募集案内に記載されている受験資格を全て満たしております。また、この書類に記入した事項に相違ありません。

(自署欄) 令和 年 月 日 氏 名 _____

※受験に際して取得した個人情報、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理し、採用試験及び採用に関する事務以外の目的への利用は行いません。ただし、合格者の個人情報は人事情報として使用します。