

令和8年度 福岡市障がい者職場適応支援員（ジョブコーチ）採用試験申込書

※受験番号		写真貼付欄	
ふりがな 氏名		1 申し込み前6か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面のもので縦4cm×横3cm程度	
生年月日 昭和 年 月 日 年齢 歳（令和8年4月1日現在）		2 写真の裏に氏名を記入すること	
ふりがな 〒 現住所		電話番号 メールアドレス	
ふりがな 〒 通知の際の連絡先		電話番号 メールアドレス	
学歴（中退の場合も必ず記入してください。）			
学校名 最終(現在)	学部	学科・専攻	在学期間 年 月～ 年 月
			卒業・中退・卒業見込の別 卒業・中退 卒業見込
その前			年 月～ 年 月
			卒業・中退
資格・免許等			
種類	番号		取得年月日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日

記入上の留意点

- 写真（申込前6か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面、縦4cm×横3cm）を必ず貼付してください。
- 「通知の際の連絡先」欄について
合格等の通知書は現住所に連絡します。通知先が現住所と異なる場合は希望される通知先を記入してください。現住所と同じ場合は記入の必要はありません。
- 受験番号を通知する電話番号またはメールアドレスを必ず記載してください。
- 記載事項に虚偽がある場合は、採用される資格を失います。

職歴 (今までの職業経験を詳しく記入してください。)

勤務先 (部・課又は診療科)	所在地 (番地まで)	在職期間	仕事内容	退職理由 在職中であれば「在職中」
最終(現在)		年 月 ～ 年 月 年 か月		
(その前)		年 月 ～ 年 月 年 か月		
(その前)		年 月 ～ 年 月 年 か月		
(その前)		年 月 ～ 年 月 年 か月		

希望任用所属 ※希望する所属に○をつけてください。

第1希望	<input type="checkbox"/> 総務企画局人事課 <input type="checkbox"/> 教育委員会職員課 <input type="checkbox"/> どこでもよい	第2希望	<input type="checkbox"/> 総務企画局人事課 <input type="checkbox"/> 教育委員会職員課 <input type="checkbox"/> 希望しない
------	---	------	--

※どこでもよいに○をつけた場合は、第2希望の記載は不要です。