

上尾市障害福祉課会計年度任用職員申込書

令和 年 月 日

私は、募集案内の内容を承諾し、地方公務員法第 16 条各号（欠格条項）のいずれにも該当しないことを確認のうえ、令和 7 年度上尾市障害福祉課会計年度職員に応募します。

ふりがな		
氏名		
生年月日	年	月 日
住所	〒 _____	
電話番号		
メールアドレス	※事務能力検査の受検案内メールの宛先になります。	
上尾市役所までの 交通手段・通勤時間	交通手段	徒歩 自転車 バス その他 ()
	通勤時間	片道 約 _____ 分
上尾市会計年度 職員の登録状況 (電子申請)	※該当する方に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 以前から登録されています。 <input type="checkbox"/> 新規登録しました。 (電子申請をした日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	