

障がい者相談・支援業務 従事履歴

※勤務期間のうち、育児、介護、病気等で勤務していない休職期間があれば記入してください。なお、労働基準法第 65 条に規定する産前産後休業（産前 6 週、産後 8 週）の期間は記載不要です。

受験者氏名				
1	事業所名	フリガナ	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規
			非正規の場合	週の勤務時間 時間／週
	所在地	都 道 府 県		
	期 間	昭和・平成・令和 年 月 から 昭和・平成・令和 年 月 まで (うち〔育児・介護・病気・その他〕休業期間 年 月 日 から 年 月 日まで)		
	詳細な業務内容			
2	事業所名	フリガナ	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規
			非正規の場合	週の勤務時間 時間／週
	所在地	都 道 府 県		
	期 間	昭和・平成・令和 年 月 から 昭和・平成・令和 年 月 まで (うち〔育児・介護・病気・その他〕休業期間 年 月 日 から 年 月 日まで)		
	詳細な業務内容			
3	事業所名	フリガナ	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規
			非正規の場合	週の勤務時間 時間／週
	所在地	都 道 府 県		
	期 間	昭和・平成・令和 年 月 から 昭和・平成・令和 年 月 まで (うち〔育児・介護・病気・その他〕休業期間 年 月 日 から 年 月 日まで)		
	詳細な業務内容			
4	事業所名	フリガナ	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規
			非正規の場合	週の勤務時間 時間／週
	所在地	都 道 府 県		
	期 間	昭和・平成・令和 年 月 から 昭和・平成・令和 年 月 まで (うち〔育児・介護・病気・その他〕休業期間 年 月 日 から 年 月 日まで)		
	詳細な業務内容			
5	事業所名	フリガナ	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規
			非正規の場合	週の勤務時間 時間／週
	所在地	都 道 府 県		
	期 間	昭和・平成・令和 年 月 から 昭和・平成・令和 年 月 まで (うち〔育児・介護・病気・その他〕休業期間 年 月 日 から 年 月 日まで)		
	詳細な業務内容			

〈記入上の注意事項〉

- 1 記載事項に不正がある場合は、採用される資格を失うことがあります。
- 2 ※欄以外は、すべて記入してください。(該当のない場合は「なし」と記入してください。)
- 3 記入は受験者本人の自筆により、黒ボールペン又は黒インクを用いて丁寧に書いてください。
- 4 連絡先欄は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。また、携帯電話をお持ちの方で、差し支えがなければ携帯電話の番号を記入してください。
- 5 社会福祉士など関連資格を有する方は、資格証の写しを添付してください。

◆地方公務員法第 16 条（欠格条項）に該当する人は、受験できません。

※ 欠格条項

- (1) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- (2) 当該地方公共団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者
- (3) 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、第五章に規定する罪を犯し刑に処せられた者
- (4) 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