令和７年度　三重県教育委員会事務局発達障がい支援員 採用選考応募用紙（１）

※　受験番号は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | | | ※受験番号 | | 写真貼付  （4.0cm×3.0cm）  無帽、正面上半身で  ３ヶ月以内に写した  ものであること。 |
| 名　　　前 |  | | |  | |
| 生 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日（満　　　　歳） | | | | |
| 連 絡　先 | 住所：（〒　　　　－　　　　）  電話番号：（自宅：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　 （携帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  メールアドレス：　　　　　　　　　＠ | | | | |
| 最 終 学 歴 | 学　校　名：  卒業（修了）年月：　　　　　　年　　　　月卒業（修了） | | | | | |
| 資　 　格  (本業務に関係するもの) | 年　　　月（資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　取得・修了）  　　　　年　　　月（資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　取得・修了）  （※コピーを添付する） | | | | | |
| 自動車運転免許 | 交付日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　（※コピーを添付する） | | | | | |
| 職 歴 | | 勤　務　期　間 | 会　社　名　等 | | 所属部署・役職 | |
| 年　　月 ～ 　　　　年　　月  年　　月 ～ 　　　　年　　月  年　　月 ～ 　　　　年　　月  年　　月 ～ 　　　　年　　月 |  | |  | |

|  |
| --- |
| 備　　　 考 （受験に際して配慮が必要な場合は記入してください） |