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） |