提出日　令和　　年　　月　　日

令和８年度　障害者を対象とした
会計年度任用職員（事務補助）
選 考 申 込 書

写真貼付
最近６ヶ月以内の
写真で，４×３㎝
程度のもの
写真裏面に氏名を
記入のこと。

仙台市教育委員会

ふりがな	
氏　名	
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日 （満　　歳）※年齢は令和９年４月１日現在で記入

手帳種別 ※〇で囲んでください	身体障害者手帳または 指定医等の診断書	療育手帳または 児童相談所等の判定書	精神障害者保健福祉手帳

障害名		障害の級・程度	級

住　所 ・ 連絡先	〒	
	電話（　　）　　－	携帯（　　）　　－

学歴		学校名	学部・学科	在学期間	卒・卒見込の区分
	最終 （現在）			年　月から 年　月まで	□卒　□卒見込 □中退
	その前			年　月から 年　月まで	□卒　□卒見込 □中退

職歴	勤務先	在職期間	職務の内容
	最終 （現在）	年　月から 年　月まで	
	その前 ①	年　月から 年　月まで	
	その前 ②	年　月から 年　月まで	
	その前 ③	年　月から 年　月まで	
	※　職歴について，書ききれない場合などは，別紙を添付してください。		

免許・資格	名　　称	取得年月日	名　　称	取得年月日
		年　月 □済　□見込		年　月 □済　□見込
		年　月 □済　□見込		年　月 □済　□見込

専門知識・技術・特技 （できるだけ具体的に）	①
	②
	③

※　裏面も必ず記入してください。

あなたの志望の動機・自己ＰＲをお書きください。

性格	長所 短所	趣味	

「仕事を行う上で大切だと思うこと」をテーマに自由にお書きください。

事務補助の職務を遂行するにあたって，配慮を希望することがあれば，採用選考案内の「４．主な業務内容」を参考に，支障のない範囲でお書きください。

支援機関の有無 ※○で囲んでください	有・無	支援機関名 ※有の場合ご記入ください。		利用頻度 ※有の場合ご記入ください。	

通勤手段	自動車通勤　　可　・　不可	最寄りの駅，バス停
	通勤において配慮が必要な事由	

私は，令和８年度障害者を対象とした会計年度任用職員（事務補助）採用選考案内の記載内容を了承のうえ，上記のとおり申し込みます。なお，私は次の各号のいずれにも該当しておりません。また，この書類の記載事項は，すべて事実と相違ありません。

（１）拘禁刑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）仙台市職員として懲戒免職の処分を受け，当該処分の日から２年を経過しない者

（３）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

（４）平成 11 年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とするもの以外）

令和 8 年　　月　　日

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※日付及び氏名は必ず自署してください（代筆の場合は、代筆による記名の上、その右側に「(代筆)」と記入してください)。

※　提出前に，申込書の記載漏れがないか，写真が鮮明かを必ず確認してください。

※　郵送で申込書を提出する場合は，封筒の表に「事務補助（障害者対象）申込」と朱書きしてください。

※　この申込書の記載事項は，職員採用選考及び任用に関する手続きのために用いるものです。