

令和 年 月 日

古座川町長 様

氏 名 _____

令和4年度古座川町会計年度任用職員試験申込書

私は、令和4年度古座川町会計年度任用職員試験を受験したいので、必要書類を添えて下記のとおり申し込みます。

私の手帳に記載されている事項は、以下のとおりです。

障害の種類を○で囲む		障害の程度（等級）	
身体障害・知的障害・精神障害			
障害名 (省略せず、手帳等の記載どおりに記入してください。記載のない場合は記入不要です。)			
交付機関名	交付年月日	有効期限	交付番号

※この申出書に記載された情報は、古座川町会計年度任用職員採用試験のためだけに使用し、それ以外の目的に使用することはありません。