様式１

**令和７年度（２０２５年度）任用　障がい者を対象とする**

**熊本県会計年度任用職員　採用試験 申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | 生年月日 年　　月　　日生まれ 　　　（　　　歳（R7.7.1現在の年齢）） | 受験番号（記入不要） |
| 氏　名 | ※ |
| 　　 　　 　〒　　 -　　現　住　所 　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話(携帯を含む)　　　　-　　　- |
| 　　 　　　〒　　 -　　緊急連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話(携帯を含む)　　　　-　　　- |

|  |
| --- |
| 障害者手帳等の種類（いずれか一つに○を記入してください） |
| 1. 身体障害者手帳又は指定医等の診断書等
 | 1. 療育手帳又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書
 | 1. 精神障害者保健福祉手帳
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 障がい名 | 級別 |
|  |  |
| 交付機関名 | 交付番号 | 交付年月日 | 有効期限 |
|  | 第　　　　　　号 | 　　　　年　　月　　日 | 　　　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 学　歴　（最終学歴から新しい順に記入してください（中学校以前は記入不要）） |
| 期　　間 | 学校・学科名等 | 所在市町村 | 卒業、卒業見込、在学中、中退等の別 |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |  |

※裏面も記入してください

|  |
| --- |
| 職　歴　（最終職歴から新しい順に記入してください） |
| 期　　間 | 勤務先の名称、業種、職種等 | 所在市町村 |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |
| 年　 月～ 　 年 　月 |  |  |
| 免 許・資格等 |
| 名　称（種　別） | 取得年月 |
|  | 　　　 年　　　月 |
|  | 　　　 年　　　月 |
|  | 　　　 年　　　月 |
| 現在利用している就労支援施設等の有無　 有 ・ 無　（いずれか一つに○を記入してください） |
| 種別（利用している場合、いずれか一つに○を記入してください）就労移行支援、　就労継続支援（Ａ型）、　就労継続支援（Ｂ型）、　障害者就業・生活支援センター、その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 名 称 | 　　　 |
| 所在地連絡先 | 〒　　 -　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　-　　　 -  |
| 志望の理由 |
|  |

|  |
| --- |
| 採用試験の準備のため必要ですので、以下について回答してください（車イス、補装具等は、各自ご持参ください） |
| １　面接試験に手話通訳又は要約筆記を必要とする。　　 　　　　　　　はい　　　　いいえ |
| ２　筆談を希望する。 | はい　　　　いいえ |
| ３　拡大印刷問題による受験を希望する。 | はい　　　　いいえ |
| ４　試験問題の読み上げを希望する。　 | はい　　　　いいえ |
| ５　選考試験会場で車イスを使用する。 | はい　　　　いいえ |
| ６　補装具等を使用する。　　　　　　　　　　　　　　　 はい　　　　いいえ　使用する場合→補聴器、松葉杖、ルーペ、電気スタンド、その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ７　自家用車以外の来場が困難（車イスを使用する等）なので、試験会場での駐車を希望する。はい　　　　いいえ |
| ８　面接に障害者就業・生活支援センター等の就労支援機関の同席を希望する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 はい　　　　いいえ支援機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　同席する担当者名（　　　　　　　　　　　　） |
| ９　その他、受験に際して個別に必要と思われる事項があれば、具体的に記入してください。 |

　私は、試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、この

申込書のすべての記載事実に相違ありません。

　　令和　　年　　月　　日　　申込者氏名　（自筆）

※インターネットでの申込みの場合は署名不要です。