

令和5年度 広島県職員採用選考試験（知的障害者）申込書

広島県総務局人事課
 広島県教育委員会事務局管理部総務課

フリガナ					※受験番号（記入しないでください。）	
氏名					試験区分	
生年月日・性別		平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			行政（一般事務）	
現住所		〒 _____ _____（ _____ ）方 TEL（ _____ ） _____ FAX（ _____ ） _____ 携帯（ _____ ） _____				
連絡先		（現住所に連絡がとれない場合の連絡先） 〒 _____ _____（ _____ ）方 TEL（ _____ ） _____ FAX（ _____ ） _____				
療育手帳等	交付機関名	都・道・府 県・市	交付番号	第 _____ 号	障 程 度	
	交付年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	次回判定年月	令和 _____ 年 _____ 月		
知的障害者判定機関(※)による判定の場合		判定機関名				
		判定年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	次回判定年月	令和 _____ 年 _____ 月	
最終学歴 〔 専門学校等を除く。 〕		学校名	学部(学科)名・ 課程等	在学期間	修学区分	所在地
				年 月 ～ 年 月	修了・修了見込 卒業・卒業見込 中退・（ ）年在	
職歴（今までの職務上の経歴について直近のものから2つ記入してください。自家営業も含みます。）						
勤務先	職務内容	所在地	在職期間		申込時の状況	
			年 月～ 年 月		在職・退職	
			年 月～ 年 月		在職・退職	
<input type="checkbox"/> 就職したことがない。						
私は、上記の採用選考試験を受験したいので申し込みます。なお、私は、この試験の受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、この申込書の記載事項に相違はありません。						
令和5年 月 日						
氏名（自筆）						

(※)知的障害者判定機関とは、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医、障害者職業センターをいいます。

■ 志望理由

■ 自己 PR

■ 受験に当たっての要望事項

※受験時に配慮を必要とする事項がある場合は、具体的に記入してください。
 試験日当日に申し出られた場合、対応できない場合がありますので、
 必ず記載してください。
 （試験の都合上対応できない場合、事前にその旨を連絡します。）

■ 受験票の送付先について

受験票は、申込受付後、この欄に指定された送付先に郵送します。
 受験票の送付を希望するあて先の□に、レ印を記入してください。

- 現住所
- 現住所に連絡がとれない場合の連絡先
- その他

〒 ー