

令和6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	
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 害 度	
	交付年月日	平成 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 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。自家営業も含まれます。)							
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6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。

裏面にも記入欄があります

■ 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