様式１

**令和６年度（２０２４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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【欠員発生時のみ就業を希望する勤務場所】 希望する勤務場所に○を付けてください。希望する勤務場所がない場合は○を付ける必要はありません。  ※令和６年（２０２４年）４月１日からの採用予定はありません。 | | | |
| ○を  付ける | 勤務場所 | ○を  付ける | 勤務場所 |
|  | 福祉総合相談所　障がい相談課  （熊本市） |  | 県央広域本部　総務部　総務課  （熊本市） |
|  | 宇城地域振興局　総務振興課  （宇城市） |  | 有明保健所　総務福祉課  （玉名市） |
|  | 県南広域本部　総務部　総務課  （八代市） |  | 天草広域本部　総務部　総務振興課  （天草市） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | 生年月日 年　　月　　日生まれ  　　　（　　　歳（R6.4.1現在の年齢）） | | | | | 受験番号 |
| 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 | |

※裏面も記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  | | | |  | |
| 学　歴　（最終学歴から新しい順に記入すること（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 | | |  | |  |  | | | |
| 職　歴　（最終職歴から新しい順に記入すること） | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | |  |
| 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、以下の該当するほうを○で囲んでください。  （車イス、補装具等は、各自ご持参ください。） | |
| １　点字試験問題による受験を希望する。　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　いいえ  持参する機器は→点字器、点字タイプライター、盲人用そろばん、その他（　　　　　　） | |
| ２　拡大印刷問題による受験を希望する。 | はい　　　　いいえ |
| ３　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 |
| ４　筆談を希望する。 | 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。