

障がいのある者を対象とした特別選考申請書

※受考番号

このたび、令和7年度熊本県公立学校教員採用選考審査において、「障がいのある者を対象とした特別選考」による受考を申請します。なお、申請要件はすべて満たしており、下記の事実に相違ありません。

令和6年（2024年） 月 日

熊本県教育長 様

受考校種・職種（ ）

教科・科目（ ）

氏名
(自筆)

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。）

身体障害者手帳又は
指定医等の診断書等

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

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

昭和
平成 年 月 日
令和

令和 年 月 日

受考に際し、配慮してほしい事柄（下欄で不足する場合、別紙添付可）

※受考番号は、記入しないこと。

※申請書と身体障害者手帳等の写しを5月2日（木）午後5時までに提出すること。