

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８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、下記の事実と相違ありません。

令和 7 年（ 2 0 2 5 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 1 日（木）午後 5 時までに提出すること。