

令和8年度（2026年度） 障がい者を対象とする  
熊本県教育委員会会計年度任用職員 採用試験 申込書（1）

就業を希望する勤務場所

○を付ける	勤務場所
	ワークオフィス新館
	熊本県立図書館

ふりがな	生年月日	年	月	日	生まれ	受験番号
氏 名	( 歳 (R8.4.1現在の年齢) )					※
〒 -						
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 ② 療育手帳又は児童相談所等が発 ③ 精神障害者保健福祉手帳 等の診断書等 行した知的障害者の判定書						
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	
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 <sup>とう</sup>	
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

(車イス、補装具等は、各自ご持参ください。)

- ( \_\_\_\_\_ )

令和 年 月 日 申込者氏名 (自筆)

※申込書（２）にも必要事項を記入してください。