

桐生市職員採用試験申込書 【障害者対象】		職種 上級行政 ・ 初級事務 (いずれかに丸をしてください)		受験番号 ※	
フリガナ 氏名			性別 (記載は任意です)		写 真 申込時に次のような 写真を貼ってください。 ・ 申込時6か月以内 撮影 ・ 無帽 上半身 正面向 ・ 縦 4.5cm 横 3.5cm ・ 本人として確認 できるもの 令和 年 月 撮影
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 満 歳 (R5. 4. 1 現在)					
住 所 郵便番号 ー 電話番号 () ー 携帯電話 ー ー (*任意)FAX () ー (*任意)メールアドレス _____					
通知送付先(住所以外の場合に記入) 郵便番号 ー 電話番号 () ー 携帯電話 ー ー (*任意)FAX () ー (*任意)メールアドレス _____					
学 歴 高校入学以降の学歴を記入し、最終学歴まで書くこと					
学 校 名	学部学科	所在地	在学期間	修学区分	
高校		都 道 府 県	年 月～ 年 月	修了・卒業 卒業見込・中退	
		都 道 府 県	年 月～ 年 月	修了・卒業 卒業見込・中退	
		都 道 府 県	年 月～ 年 月	修了・卒業 卒業見込・中退	
		都 道 府 県	年 月～ 年 月	修了・卒業 卒業見込・中退	
職 歴 古いものから順に書くこと (自家営業を含む)					
勤 務 先	職務内容	所在地(市町村まで記入)	在職期間		
			年 月～ 年 月		
免許・資格 (注) 取得又は取得見込のいずれかを丸で囲むこと					
取得年月	名 称	免許・資格などの取扱機関			
年 月 取得・取得見込					
年 月 取得・取得見込					
年 月 取得・取得見込					
年 月 取得・取得見込					

(※裏面も必ずご記入ください。)

障害の状況	手帳の種類（該当する手帳の種類に○をしてください）				
	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳				
	障害名	級別	交付機関名	交付年月日	交付番号
<p>確認事項</p> <p>試験の準備のために必要ですので、必ず記入してください。</p> <p>（必要に応じて、本人あて確認の連絡をします。）</p>					
	1	補助具等を持参して使用する。		はい	・ いいえ
		（補助具等名称：	）		
	2	手話通訳を希望する。		はい	・ いいえ
	3	車椅子を使用する。（各自用意）		はい	・ いいえ
	4	車椅子利用者用駐車場の使用を希望する。		はい	・ いいえ
	5	点字による受験を希望する。		はい	・ いいえ
	6	拡大文字による受験を希望する。		はい	・ いいえ
	7	その他配慮が必要な事項があれば記入してください。		あり	・ 特になし
		（ありの場合、下欄に具体的に記入してください。）			
私は、日本の国籍を有するとともに、地方公務員法第 16 条の規定に該当していません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。				受付年月日	
令和 年 月 日				※	
氏 名					

（注）1. 地方公務員法第 16 条の規定は、試験案内の受験資格の欄を参照してください。また、※欄は記入しないでください。

2. 「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。

3. この申込書とともに、障害者手帳の写し（氏名、障害名、障害の等級及び交付年月日が記載されているページ）と、返信用封筒 2 通（84 円切手を貼って、本人の住所、氏名、郵便番号を記載したもの）を提出してください。

4. この用紙は両面印刷して使用ください。