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(R6.4.1現在)		
住　所 郵便番号　－　電話番号（　）　－ 携帯電話　－　－ (＊任意)FAX（　）　－ (＊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　－　電話番号（　）　－ 携帯電話　－　－ (＊任意)FAX（　）　－ (＊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。）

<table>
<tr><td rowspan="3">障害の状況</td><td colspan="5">手帳の種類（該当する手帳の種類に〇をしてください）
身体障害者手帳　・　療育手帳　・　精神障害者保健福祉手帳</td></tr>
<tr><td>障害名</td><td>級別</td><td>交付機関名</td><td>交付年月日</td><td>交付番号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">確認事項</td></tr>
</table>

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。

（必要に応じて、本人あて確認の連絡をします。）

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　車椅子使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。 令和　　年　　月　　日 氏　名	受付年月日 ※

（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。