令和元年度　知的障がい者を対象とした倉敷市会計年度任用職員採用試験受験申込書

※この申込書により第一次試験【書類選考】が実施されます。

私は，次のとおり受験を申し込みます。なお，私は地方公務員法第16条の欠格条項に該当しておりません。
また，私は受験案内にあるすべての受験資格を満たしており，この申込書の記載事項に相違ありません。
◎上記を確認のうえ，作成日を記入後，氏名欄に**自筆で**署名し，その他の項目をもれなく記入してください。

※受験番号	(記入不要)	作成日	令和　年　月　日	
ふりがな		性別	生年月日	
氏　名		男・女	昭和・平成　年　月　日 (満　歳)	
住　所	〒　－ 郵便物を確実に受け取ることができる住所を記入してください。アパート等の場合は，名称・号室まで記入してください。			
連絡先	電話番号(　　)　－　　携帯電話番号(　　)　－ 連絡事項がある際に，連絡を取ることができる電話番号を記入してください。			

	学　校　名	在　学　期　間	該当を○で囲む
学　歴	(最終の学歴)	年　月～　年　月	卒業・中退・卒業見込
	(その前の学歴)	年　月～　年　月	卒業・中退

	勤　務　先	在　職　期　間
職　歴	(最終)	年　月　～　年　月
	(その前)	年　月　～　年　月
	(その前)	年　月　～　年　月
	(その前)	年　月　～　年　月

	資格・免許名	取得(見込)年月	資格・免許名	取得(見込)年月
資格・免許		年　月		年　月
		年　月		年　月

志望動機を具体的に書いてください。

自己PRを書いてください。

（注）受験案内と裏面の記入上の注意をよく読んで，記入してください。

性格	長所	短所

得意なことや作業	苦手なことや作業

就労支援機関等の利用登録の有無（該当に〇）	□ あり □ なし	※ありの場合は，就労支援機関等の名称を記入してください。

障がいについて	療育手帳	交付機関名（自治体名）	
		交付番号	第　　号
		程度（**どちらかに〇**をしてください。）	□ A　□ B
	その他の障がい	※知的障がい以外の障がいがある場合は，**該当するものに〇**をし，身体障がいの場合は障がい名と身体障害者障害程度等級表による等級を記入してください。 □ 身体障がい（障がい名　　）（　　）級 □ 精神障がい（　　）級　□ 発達障がい	
	仕事をする上で，配慮してほしいことや知っておいてほしいことがあれば記入してください。		

受験上の配慮希望	受験するにあたり配慮が必要な場合は，**該当するものに〇または記入**してください。	
	□ 試験会場でエレベーターの使用を希望する	□ 補装具を持ち込み使用する（機器名　　）
	□ 試験での手話通訳を希望する	
	□ 点字での受験を希望する	□ 試験会場で車椅子を使用する
	※ 上記以外に，受験するにあたり配慮が必要なことがあれば，その内容を具体的に記入してください。 ［　　］	

記入上の注意

1 記入内容に不正があると，任用される資格を失うことがあります。

2 ※印以外の欄をもれなく**自書**してください。黒又は青のインクかボールペンで記入し，該当する事項に〇をしてください。

3 受験資格，地方公務員法第16条の欠格条項を受験案内で確認のうえ，**申込書を作成した日付を記入し，署名してください。**
自書できない場合は，3ページ「5 受験申込の方法」の問合せ先まで連絡してください。

4 職歴は，アルバイト・自家営業を含めて記入してください。現在勤務中の場合は，在職期間に「現在」と記入してください。

5 提出された申込書は，返却できません。

【提出書類の確認】

- □ この受験申込書
- □ 受験番号通知書（はがき）
- □ 療育手帳の写し