

令和6年度 神奈川県教育委員会職員採用選考申込書（学校技能員）

受験番号※

※受験番号は記入しないでください

選考区分	学校技能員						
ふりがな				生年月日			
氏名				(西暦) 年 月 日生			
現住所 〒	-			(2025年4月1日現在で満	歳)		
電話	-		携帯電話	-			
メールアドレス							
交付を受けている手帳等について 記入してください	身体障害者手帳、指定医の診断書又は意見書（交付番号は身体障害者手帳のみ記載）						
	交付機関名	都・道 府・県・市	交付・再交付 年月日	(西暦) 年 月 日	交付番号	第 号	
	障害名	(身体障害者手帳、診断書又は意見書の障害名欄の記載事項を記入してください。)					
	療育手帳（次の判定年月：(西暦) 年 月 日）						
	交付機関名	都・道 府・県・市	交付・再交付 年月日	(西暦) 年 月 日	交付番号	第 号	
	児童相談所等が発行した知的障害の判定書						
	交付機関名		交付年月日	(西暦) 年 月 日	交付番号	第 号	
	精神障害者保健福祉手帳（有効期限：(西暦) 年 月 日）						
	交付機関名	都・道 府・県・市	交付・更新 年月日	(西暦) 年 月 日	交付番号	第 号	

※交付を受けている手帳等で、再交付又は更新の記載がある場合は、新しい日付（再交付又は更新の日付）を記入してください。※裏面も御記入ください

学 歴	学 校 名	期 間	○で囲む
	(最終学校)	(西暦) 年 月から (西暦) 年 月まで	卒業(修了) 卒業見込み

選考の準備のために必要ですので、必ず「する」「しない」どちらかに○を付けてください。その他に特段の受験上の配慮を必要とする方は、あらかじめ御相談ください。

- | | |
|---|------------------------|
| (1) 点字で受験を希望 | する・しない |
| (2) 上肢機能障害の程度が概ね3級以上で筆記が困難なのでパソコン(ワープロ機能)の使用を希望 | する・しない(上肢機能障害の程度____級) |
| (3) 視覚障がいがあるので拡大印刷問題で受験を希望 | する・しない |
| (4) 視覚障がいがあるので拡大読書器を使用 | する・しない |
| (5) 車イスを使用 | する・しない |
| (6) 車イス使用のため自動車による来場を希望(車種) (ナンバー) (色) | する・しない |
| (7) 身体障害者補助犬の同伴を希望 | する・しない |
| (8) 聴覚に障がいがあるので試験員の発言内容を印刷した用紙の配付を希望 | する・しない |
| (9) 手話通訳者を希望 | する・しない |
| (10) 面接時に就労支援機関の職員等の同席を希望 | する・しない |

連絡先
(- -)

私は神奈川県教育委員会職員採用選考を受けたいので申し込みます。私は、当該選考のお知らせに掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。(この欄は本人が自筆で署名してください。※署名困難な場合は下記注意事項(3)参照。)

氏名 _____

外国籍の人のみレ点を記入してください。



<申込書記入上の注意>

- 虚偽の記載をしますと採用されないことがあります。
- 写真は申込日前6か月以内に帽子をかぶらないで上半身を写した縦4.0cm、横3.0cmの本人と確認できるものを用意し、貼付してください。
- 筆記が困難なため、本人が署名できない場合は、その旨を付記して、代理人が署名してください。