令和４年度　障害者を対象とする佐賀県職員採用選考（第２回）受験申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受験番号 | 試験名（〇を付ける） | 試　験　区　分　（○を付ける） |
| ※ | 大学卒業程度高等学校卒業程度 | 第１志望 | 行　政　・　　警察事務 |
| 第２志望 | 行　政　・　　警察事務　 ・ 　な　し |
| （フリガナ） | 性　　別 | 生　年　月　日 |
| 氏名　 | １．□ 男２．□ 女３．□ | 昭和平成 | 　　　年　　　月　　　日　生 |
| （令和５年４月１日現在）満　　　　　才 |
| 現住所〒　　　　　－　　　　　　　ＴＥＬ　（　　　　　　　）　　　　　　　−　　　　　　　呼び出し　　　　　　　方 |
| 　　　　　都 道 府 県 |  |
| 不在時連絡先（現住所と同じであれば記入不要）〒　　　　　－　　　　　　　ＴＥＬ　（　　　　　　　）　　　　　　　−　　　　　　　呼び出し　　　　　　　方 |
| 都 道 府 県　　　　　　　　　 |  |
| 修学状況 | 学　校　名 | 学　部 | 学　科 | 卒業・卒業見込等の別 |
| （最終） |  |  | □　平成・令和 （　　）年卒業・修了□　令和（　　）年（　　）月卒見・修見 |
| （その前・高等学校以上を記入） |  |  | □　平成（　　）年卒業・修了 |

最終学歴は卒業又は最終学年在学中の学歴とし、それ以外の在学者や中退者は、その前の学歴（高等学校等）としてください。専修学校、各種学校、公務員専門学校等は、修学状況には含みません。

|  |
| --- |
| 手　帳　等　記　載　事　項　 |
| 種類（下記の（１）から（３）のうち、いずれか一つの番号に〇を付けてください。ただし、複数の障害がある方は、より重度な障害の手帳等に〇を付けてください。）1. 身体障害者手帳又は指定医等の診断書等

（２）療育手帳又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書　　　　（３）精神障害者保健福祉手帳 |
| 交付機関名 | 交付・再発行年月日（最新のもの） | 交付番号 |
|  | 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　年　　月　　日 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 障害名 | 障害の程度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　級 |

|  |
| --- |
| 　選考の準備のために必要ですので、該当する全ての番号に○を付けてください。１　試験問題の拡大印刷を希望する。　　　２　点字による受験を希望する。３　手話通訳者を希望する（人事委員会事務局手配）。　　　４　車いすを使用する。５　補装具等の持込使用を希望する。※使用する補装具等に○又は記入をしてください。　　　・点字器　　　・点字タイプライター　　　・ルーペ　　　・電気スタンド　　　・補聴器　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）６　上記以外で特に配慮を必要とする事項等があれば、具体的に記入してください。※車いすや使用する補装具等は各自で準備してください。 |

アンケートへの御協力をお願いします。

問．あなたは、この試験をどのようにして知りましたか？（複数回答可）

1. 佐賀県職員採用サイト
2. 県民だより
3. 家族・親戚・知人からの情報提供
4. 学校からの情報提供

５．その他（下記に記載してください）