

令和5年度(2023年度) 障害者を対象とした広島市会計年度任用職員採用選考試験申込書

ふりがな 氏 名		※ 受験番号	
生年月日 昭和 平成 年 月 日生		年齢(令和6年4月1日現在) 満 歳	
現住所 〒() TEL () - fax () -		写 真 (ﾀﾞ5cm×3cm) 1 申込みの際に写真を貼ること。 2 写真は最近3か月以内に撮影した正面向き、脱帽、上半身のものとする。こと。 3 写真の裏面には氏名を記入し、ノリを全面につけて貼ること。	
連絡先(帰省先等、現住所以外の連絡先があれば記入してください。) 〒() TEL () - 携帯電話等 - - fax () - e-mail :			

学 歴	学 校 名	学 部	学 科	所 在 地	在学期間	修学区分
	最終(現在)				市・区 町・村	年.月 年.月 昭 平 令 . ~ .
その前				市・区 町・村	昭 平 令 . ~ .	卒 業 その他()
その前				市・区 町・村	昭 平 令 . ~ .	卒 業 その他()
職 歴	勤務先(部課名まで)		職 務 内 容		所 在 地	勤務期間
	最終(現在)				市・区 町・村	年.月 年.月 昭 平 令 . ~ .
その前				市・区 町・村	昭 平 令 . ~ .	
資 格 ・ 免 許	名 称		取得年月	名 称		取得年月
			年.月 昭 平 取得 令 . 見込			年.月 昭 平 取得 令 . 見込
						年.月 昭 平 取得 令 . 見込
手帳等の記載事項	交付機関名		交付・再交付年月日(最新の日付) 昭・平・令 年 月 日		交付番号	
			有効期限(精神障害者保健福祉手帳の場合のみ) 昭・平・令 年 月 日		第 号	
手帳等の種類及び障害名(障害名は手帳等に記載がない場合は記入の必要はありません。) ア 身体障害者手帳 イ 療育手帳 ウ 精神障害者保健福祉手帳					障害の級・程度	

応募の動機	
自己PR	
スポーツ・文化活動等	
趣味・特技	

私は、障害者を対象とした広島市会計年度任用職員採用選考試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は募集案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、申込書の記載事項に相違ありません。

令和5年 月 日

氏名 _____

◎ 試験の準備のために必要ですので、下記の質問に答えてください（該当するものを○で囲んでください。）。

- 1 点字での試験を希望しますか。 [はい ・ いいえ]
- 2 手話通訳者が必要ですか。 [はい ・ いいえ]
- 3 来場に当たり、駐車場が必要ですか。 [はい ・ いいえ]
(公共交通機関での来場が困難な場合に限りです。)
- 4 補装具等を持ち込み使用しますか。 [はい ・ いいえ]
- 5 (4で「はい」と答えた人のみ) どのような補装具等を使用しますか。
 車いす 補聴器 ルーペ つえ 電気スタンド
 その他 ()
- 6 上記以外に配慮を希望する事項があれば記入してください。

(注) 希望される理由についてお尋ねする場合があります。また、内容によっては配慮できない場合もあります。