

令和 8 年 4 月採用 障がい者を対象とした  
新潟市会計年度任用職員採用試験受験申込書

※試験案内に記載の 9 受験申込書記入上の注意をよく読んで記入してください

職 種	<input type="checkbox"/> 業務補助 <input type="checkbox"/> 技能労務補助 (希望する職種にチェック)		
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年      月      日 生		
現 住 所	〒 携帯又は自宅 (      )      ー		
合 否 通 知 先	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ(現住所と同じ場合はチェックして下さい) 〒 携帯又は自宅 (      )      ー		
メールアドレス			
手帳記載事項	手帳の名称 (○で囲む)		
	身体障害者手帳      療育手帳      精神障害者保健福祉手帳		
	交付機関	交付年月日	交付番号
	都道 府県市	年      月      日	第      号
	級別 (療育手帳を除く)	判定区分 (○で囲む) (療育手帳のみ)	有効期間 (療育手帳及び精神保健福祉手帳のみ)
	級	A      ・      B	年      月      日
	私は障がい者を対象とした新潟市会計年度任用職員採用試験の受験を申し込みます。 なお、私は試験案内にあるすべての受験要件を満たしており、この申込書の記載事項に 相違ありません。		
年      月      日      氏      名			

《裏面もあります》

## 受験上の配慮希望事項

試験準備のために必要ですので、必ず回答してください。

補装具等は各自で用意してください。

(1) 試験会場で補装具等を使用する (「はい」の場合は、(4)も記入してください。)	はい                      いいえ
(2) 車いすの使用を希望する	はい                      いいえ
(3) 手話通訳を希望する	はい                      いいえ
(4) 補装具等を持ち込み使用する人は、使用する補装具等を具体的に記入してください。	
(5) その他、試験当日必要と思われることがあれば具体的に記入してください。	

※ 上記の要望によっては、試験時間が異なる場合がありますのでご承知おきください。