令和７年度障がい者を対象とした新潟市職員採用選考試験受験申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※試験案内に記載の「受験申込み上の注意」をよく読んで記入してください | フリガナ |  |  | 受験※記入しないこと番号 | Ｐ－ |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  昭和 ・ 平成　　　 年 　　　月 　　　日　生　（西暦　　　　　　年） |  |  |  |
| 現　住　所 | 〒TEL　　　　－　　　 － |
| 合否通知先 | 〒 　　 　 □ 現住所に同じ《緊急連絡先》TEL　　　　－　　 　－　　　　　　　　　　FAX　　　　－　　 　－電子メールアドレス |
|  |
| 学校名※小中学校は除き直近のものから記入 | 学部・学科 | 在学期間 | 該当に○ |
|  最 終 |  | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　～昭和・平成・令和　　　年　　　月　　 | 卒業卒業見込中退 |
| その前 |  | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　～昭和・平成・令和　　　年　　　月　　 | 卒業中退その他(　　　　) |
| 現在の勤務状況（該当を○で囲む） | 有無 | 有の場合の区分 | 有の場合　勤務先名 |
| 1　正 社 員 2　自 営3　そ の 他　（　　　　 　 　　　　） |  |
| 職　 種 | 一般事務　　　　 |
| 障害者手帳等記載事項 | 身体障害者手帳 |
| 障がい名 | 障がいの等級　　　　　　　　　　級 | 交付機関都 道 府 県 市 | 交付番号第　　　　　 号 | 交付年月日昭和・平成・令和年 月　 日 |
| 療育手帳 |
|  | 障がいの程度 | 交付機関都 道 府 県 市 | 交付番号第　　　　　 号 | 交付年月日昭和・平成・令和年 月 日 |  |
|  | 精神障害者保健福祉手帳 |
|  | 障がいの等級　　　　　　　　　　級※上記の手帳を所持しておらず、意見書、診断書又は判定書の交付を受けている場合、その内容を記入 | 交付機関都 道 府 県 市 | 交付番号第　　　　　 号 | 交付年月日昭和・平成・令和年 月 日 | 有効期限令和年 月　 日 |
|  | 　 |
|  | あなたは、この募集を何によって知りましたか。（該当に☑）□市報にいがた　　□ホームページ（市職員採用案内）　□ホームページ（市以外）□家族　　□知人・口コミ　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 会計年度任用職員等の採用試験の案内等を送付する目的で、任命権者（市長等）から受験申込書に記載された個人情報の提供を求められた場合に、人事委員会が個人情報を提供することについて　☐ 同意する　　☐ 同意しない　（どちらかに☑してください） |

※裏面（次頁）を必ず記入してください。提出書類に不備がないか、試験案内で必ず確認してください。

**氏　名**

|  |
| --- |
| 試験準備に必要となるため、下記に必ずご記入ください。（該当する番号を○で囲んでください。）１　次の補装具等の使用を希望する。　(1)　パソコン（又はワープロ）　(2)　ルーペ　(3)　補聴器　(4)　拡大読書器　(5)　車いす　(6)　その他（　　　　　　　　　　）２　点字問題での受験を希望する。３　拡大文字問題での受験を希望する。※この文字の大きさ（１５ポイント）程度になります。４　面接の際に手話通訳者を必要とする。５　面接の際に就労支援機関の職員等の同席を希望する。６　上記以外の配慮を希望する。　※具体的にご記入ください。７　特に希望することはない。 |