

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		受験番号	※記入しないこと P-
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (西暦 年)		
現住所	〒 TEL — —		
可否通知先	〒 <input type="checkbox"/> 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 <small>※小中学校は除き直近のものから記入</small>	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 1 正社員 2 自営 3 その他 ()	有の場合 勤務先名
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 都道府縣市	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 都道府縣市	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	交付機関 都道府縣市	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	
※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					

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。