

障がいのある人を対象とした神奈川県教育委員会 会計年度任用職員

神奈川県教育委員会サポートオフィス職員

職種 (ICT支援員) 申込書

【注意事項】

- 黒のボールペンではっきりと、枠内に収まるように、記入してください。
- 行を追加するなど、申込書の体裁は変更しないでください。
- 「□」には、該当する項目に、チェックを入れてください。
- ※ 太枠内を記入してください。

写真  
たて4cm  
よこ3cm  
本人単身、6ヶ月以内に  
撮影したもので脱帽、  
正面の顔写真(カラー、  
白黒不問)、裏面糊付

記入日	令和 年 月 日	
氏名	ふりがな	
生年月日	昭和 年 月 日 満 歳 平成 (令和4年4月1日現在)	
現住所	〒 ( - )	
	電話番号	
	緊急連絡先(申込者以外) (連絡先名: ) (電話番号: )	
	メールアドレス	
通知等 送付先	※現住所と異なる場合のみ記入 〒 ( - )	
	電話番号	
障害者手帳等 の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医等の診断書又は意見書 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 判定書(判定機関: ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※チェックしたものの写しを添付してください。	<input type="checkbox"/> 交付申請中 (交付予定年月日) 令和 年 月 日
社会福祉施設 就労支援機関等 の登録・利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※登録・利用「あり」の場合に記入してください。 名称 面接時に諸機関職員等の同席を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する ⇒同席者の氏名 ( ) <input type="checkbox"/> 希望しない

裏面あり

