

令和4年度 飯塚市職員採用試験申込書 (障がい者対象用)

表面

※該当する□の中には、☑をつけてください。  
 ※記入は全て黒いボールペンを使用してください。(消せるボールペン不可)  
 ※申込書は、別紙「受験票の作成方法について」により作成した受験票と一緒に提出してください。(受験票の提出がない場合は申込みを受け付けられません。)

※受験番号

フリガナ 氏名	性別	最近6か月以内に撮影した写真 脱帽で 上半身正面向き 40mm×30mm	試験区分 行政事務(障がい者対象)
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 年齢 満 歳 (令和5年4月1日現在)		令和 年 月 撮影	

連絡先	現住所(〒 - )	電話( ) - 携帯( ) - メールアドレス
	各通知書等の送付・連絡先(〒 - )	電話( ) -

学歴(学校名) <small>※専門学校の記載は必要ありません。</small>	学部・学科	在学期間	卒業等の区分
現在(最終)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
その前		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
その前		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退

職歴 就職している(下欄を記入) 就職したことがない  
就職したことがある(下欄を記入)

勤務先の名称	所在地	在職期間	職務内容
現在(最終)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ 年 月	
その前		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ 年 月	

所有する免許・資格の種類及び取得(予定)年月日(自動車運転免許を含む)

年 月 日 取得      年 月 日 取得

年 月 日 取得      年 月 日 取得

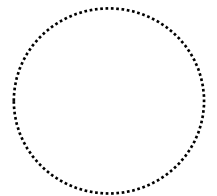
上記の記載事項のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

申込者氏名(自筆)

※記載事項に不実・不正があると受験が無効となります。

【市役所受付印】

採用試験後、申込書記載の連絡先に、本市のその他の採用試験に関するご案内をすることについて (希望します ・ 希望しません)



※アンケート

◎本市では採用試験実施について、下記のとおり広く周知活動を行っています。今後の参考とさせていただきますので、**ご存じのものに☑をつけてください。**(複数回答可。回答内容は採用試験の可否には一切関係ありません。)

1. 広報いづか    2. 市ホームページ    3. 市SNS    4. 学校関係    5. 新聞  
6. フリーペーパー    7. その他( )

※必ず【裏面】も記入してください。

行政事務(障がい者対象)で受験される方について

裏面

※下記について記入してください。

氏名			※受験番号		
次の項目について、現在お持ちの手帳に記載のとおり内容を記入してください。					
身体障害者手帳	交付機関名 (都道府縣市は○で囲んでください)		交付年月日		交付番号
	都	道	府	年	月
	市			日	号
	障害名			障害等級	
				級	
療育手帳	交付機関名 (都道府縣市は○で囲んでください)		交付年月日		交付番号
	都	道	府	年	月
	市			日	号
				障がいの程度	
精神障害者福祉手帳	交付機関名 (都道府縣市は○で囲んでください)		交付年月日		手帳番号
	都	道	府	年	月
	市			日	号
			有効期限		障害等級
			年 月 日		級

受験上の配慮について

試験会場等準備のために必要ですので、下記の事項に記入してください。

※受験時に使用する補装具等については、各自で用意してください。

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| 1 拡大印刷文字による受験を希望する。  | [ はい ・ いいえ ] |
| 2 拡大鏡 (ルーペ) を使用する。   | [ はい ・ いいえ ] |
| 3 補聴器を使用する。          | [ はい ・ いいえ ] |
| 4 車いすを使用する。          | [ はい ・ いいえ ] |
| 5 試験会場の机及び椅子では支障がある。 | [ はい ・ いいえ ] |
| 6 駐車場を必要とする。         | [ はい ・ いいえ ] |

※公共交通機関の利用が困難な方に限ります。

「はい」と答えた方は、来場使用する車両について、下記に記入してください。

(自家用車で来場 : 車種 \_\_\_\_\_ 色 \_\_\_\_\_ 車両No. \_\_\_\_\_)

(送迎で来場 : 車種 \_\_\_\_\_ 色 \_\_\_\_\_ 車両No. \_\_\_\_\_)

- 7 その他、特に配慮が必要な事項 (上記にない補装具等の使用の希望等) があれば、具体的に記入してください。(試験の実施上、配慮が提供できない場合があります。)