

函館市会計年度任用職員採用試験申込書(障がい者対象)

函館市総務部人事課

写 真 <small>※6ヶ月以内に撮影した正面、無帽、無背景の写真 (縦40mm×横30mm)</small> 令和5年 月撮影	申 込 業 務 名 一般事務職(パートタイム 障がい者)				受験番号 ※記入不要です。 Z -		
	ふりがな				性別 男・女		
	氏 名						
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)					
現住所	〒 _____ 方						
連絡先	【電話】 () 【E-mail】 _____ <small>※試験に関する連絡をするため、日中連絡がとれる連絡先</small>						
連絡先② <small>※帰省地等の連絡先がある場合記入</small>	〒 _____ 電話 () _____			方			
最終学歴	学校名	学部・学科等	所在地(市町村まで)	在学期間	○で囲む 卒業・修了・卒(修)見込		
				年 月から 年 月まで			
職 歴	<input type="checkbox"/> 就業したことがない (該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> をつける) ※在学中のアルバイトについては記入不要						
	勤 務 先	所在地(市町村まで)	在 職 期 間	職 務 内 容			
	現在(最終)		年 月から 年 月まで				
			年 月から 年 月まで				
(該当する欄に記入)	身体障害者手帳	交付機関名 都 道 府 県 市	交付年月日 S・H・R 年 月 日 (再交付 S・H・R 年 月 日)	交付番号 第 _____ 号	障害の級 _____ 級		
		障害名(身体障害者手帳の障害名欄の記載事項をすべて記入してください。)					
	療育手帳	交付機関名 都 道 府 県 市	交付年月日 S・H・R 年 月 日	交付番号 第 _____ 号	障害の程度		
	保健福祉手帳(精神障害者)	交付機関名 都 道 府 県 市	交付年月日 S・H・R 年 月 日 (有効期限 S・H・R 年 月 日)	手帳番号 第 _____ 号	障害等級 _____ 級		
※本試験の受験に当たり、試験方法等に関して、支障となっている事情またはその改善のために希望する措置(特別な配慮)の内容について申し出ることができます。 →裏面(受験上の特別な配慮希望申出書)に、具体的内容を記載してください。							
この申込書に記載した内容は、全て事実と相違ありません。							
令和5年 12月 ____ 日 氏 名(本人自筆) _____							

[注意点]

- 記載事項に不正があるときは、市会計年度任用職員として採用される資格を失うことがあります。
- 太枠内はもれなく記入してください。
- 記入はすべて黒インクか黒ボールペンを使い、かい書で丁寧に書いてください。数字は算用数字を用いてください。※消えるインクは使用不可。
- 住居を変更した場合はすぐに通知してください。

裏面に該当がない場合でも、申込書は必ず両面で印刷してください。

受験上の特別な配慮希望申出書

【記入にあたっての注意】

1. 受験上の特別な配慮希望申出書の各項目の該当する箇所に☑をつけ、具体的内容を可能な範囲で記載してください。(希望する特別な配慮の内容を具体的に申し出ることが困難な場合には、支障となっている事情のみの記載でも差し支えありません。)
2. { }内の選択肢は、該当するものを○で囲んでください。
3. 内容によっては、試験の実施上、配慮できない場合もあります。

1. 試験の際に希望する特別な配慮がある場合は記入してください。

手話通訳者による通訳

試験官の発言事項を書面で伝達する

試験問題の文字を拡大

試験問題の点字化

介助のための付添人が試験場に来る

身体障がい者補助犬を同行する

{ ア 盲導犬 イ 介助犬 ウ 聴導犬 }

車イスを使用する

{ ア 移動時のみ使用 イ 試験時間中も使用 ウ その他()}

補装具等を持ち込み使用する

{	ア 補聴器	イ ルーペ	}
	ウ 電気スタンド	エ つえ	
	オ その他()		

その他

2. この試験を受験するに当たり、支障となっている事情がある場合は記入してください。

(例1)視覚障がいがあり、試験問題文を読むことが困難である。

(例2)聴覚障がいがあり、試験官の発言等の内容を聴きとることが困難である。

(例3)肢体不自由につき車イスを使用しているが、受験会場には車イスのまま利用できる多目的トイレ等が必要である。

など

3. その他(上記以外の希望があれば、具体的に記載してください。)