

取得年	月	免許・資格

障害について	手帳種別（○で囲む）		等級（該当するところに記入又は○）	
	身体障害者手帳・療育手帳・ 判定書・精神障害者保健福祉手帳		等級：（ ）級 判定区分： A1 A2 B1 B2	
	障害名（診断名）			
現在の通院先の 通院期間・ 頻度	障害に関連する通院		障害以外の理由による通院	
	通院期間： 年 か月 通院頻度： 年・月・週 回		通院期間： 年 か月 通院頻度： 年・月・週 回 その理由：	
就労支援機関 について	※現在登録（利用）している就労支援機関があつて、採用後に就労定着支援が受けられる 場合には、その機関名を記入してください。 ()			
受験上の 配慮の有無 (どちらかに○)	有・無（有りの場合は以下に具体的に記入してください。例：車いすで受験） ()			
応募動機				
得意な業務				
苦手な業務・障害があることで行うことが難しい業務			対応策	
雇用にあたり職場に配慮してもらいたいこと(定期通院、指示の出し方、職場環境 等) (※雇用主が配慮すべきことをおたずねするもので、採用の可否とは関係ありません。)				
本人署名欄				
私は、選考案内の記載内容を確認の上、採用選考に申し込みます。なお、私は必要とされる受験資格を満 たしており、地方公務員法第 16 条にも該当しておりません。また、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 年 月 日 氏名 _____ (必ず自書してください。)				