

障害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 (I C T サポーター) 申込書

【注意事項】

- 手書きの場合は、黒のボールペンで、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。

【提出前の確認事項】

- ☐ 写真は貼ってありますか。
- ☐ すべての項目に回答していますか。
- ☐ 履歴書を添付しましたか。

写真
たて4 cm
よこ3 cm
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			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
氏 名	ふりがな			
生年月日	昭和 年 月 日 満 歳 平成 (令和9年4月1日現在)			
現住所	〒 (-)			
	自宅電話番号		携帯電話番号	
	メールアドレス			
	緊急連絡先（申込者以外） （連絡先名： 続柄： ）（電話番号： ）			
通知等送付先 ※現住所と異なる場合のみ記入	〒 (-) （電話番号： ）			
現在居住している場所の 最寄駅	路線名	駅名	最寄駅までの所要時間、交通手段 徒歩・バス・その他 () 最寄バス停（バスの場合記入） 所要時間 分	
障害者手帳等の種類①	☐ 身体障害者手帳 ☐ 指定医等の診断書又は意見書 ☐ 療育手帳 ☐ 判定書（判定機関： ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ※チェックした物を選考当日に持参		障害の等級	級
			☐ 交付済	(有効期限) 令和 年 月 日
			☐ 交付申請中	(交付予定年月日) 令和 年 月 日
障害者手帳等の種類②	☐ 身体障害者手帳 ☐ 指定医等の診断書又は意見書 ☐ 療育手帳 ☐ 判定書（判定機関： ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ※チェックした物を選考当日に持参		障害の等級	級
			☐ 交付済	(有効期限) 令和 年 月 日
			☐ 交付申請中	(交付予定年月日) 令和 年 月 日

次ページあり

性格	長所	短所
趣味		
(該当する人のみ) I C Tに関連する業務経験又はI Tパスポート等、I C T関連の資格を記入してください。業務経験の場合は期間(いつからいつまで)、資格の場合は資格取得日を記入してください。		
仕事をする上で職場に配慮してほしいことや知っておいてほしいこと(具体的に記入してください。)		
希望勤務場所　いづれか又は両方に　○　を記入してください。 () 県立学校等 () 県教育委員会所管の行政機関		
希望選考会場　いづれかに　○　を記入してください。 ※会場等の都合により、希望に添えない場合があります。 () 平塚会場(神奈川県立平塚盲学校：平塚市追分10-1) () 本郷台会場(神奈川県職員キャリア開発支援センター：横浜市栄区小菅ケ谷1-2-1)		
【署名欄】 私は、募集のお知らせに記載してある応募資格をすべて満たしており、このI C Tサポーターの申込書及び添付する書類の記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自筆)_____		
※自筆で署名してください。 筆記が困難なため本人が署名できない場合は、その旨を付記して、代理人が署名してください。		