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＜チャレンジ雇用＞

職種（学校技能サポーター）　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

次ページあり

<table>
<tr><td rowspan="3">障害者手帳等の種類②
(複数所持している場合)</td><td rowspan="3">□ 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</td><td>障害の等級</td><td>級</td></tr>
<tr><td>□交付済</td><td>(有効期限)
令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>□交付申請中</td><td>(交付予定年月日)
令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td>診断名
障害や病気の状況について</td><td colspan="3">※記載内容が合否に関わる事はありません。配慮事項を確認するために記入をお願いします。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">社会福祉施設
就労支援機関等の登録・利用</td><td rowspan="2">□ あり
□ なし</td><td colspan="2">※登録・利用がある方は記入してください。
名称　（　　）
担当者名（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">面接時に諸機関職員等の同席を希望しますか。
□ 希望する⇒同席者の氏名（　　）
□ 希望しない</td></tr>
<tr><td>受験上の配慮の有無</td><td>□ あり
□ なし</td><td colspan="2">※「あり」の場合、具体的に記入してください。(例：車イスで受験)</td></tr>
<tr><td colspan="4">志望動機（具体的に記入してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="4">今までに最も力を入れて取り組んだこと（具体的に記入してください。）</td></tr>
<tr><td>性格</td><td>長所</td><td colspan="2">短所</td></tr>
<tr><td>趣味</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">得意なことや作業</td><td colspan="2">苦手なことや作業</td></tr>
<tr><td colspan="4">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。）</td></tr>
<tr><td colspan="4">希望選考会場　　いずれかに　○　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。
（　）藤沢会場　（神奈川県立総合教育センター：藤沢市善行７－１－１）
（　）横浜会場　（神奈川県横浜西合同庁舎：横浜市西区岡野２－１２－２０）</td></tr>
</table>

次ページあり

【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、この学校技能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（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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。