

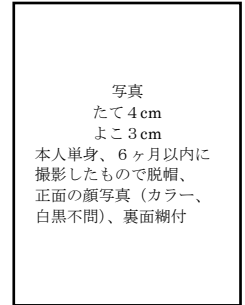
障がいのある人を対象とした神奈川県教育委員会 会計年度任用職員

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 (事務サポーター) 申込書

【注意事項】

- 黒のボールペンではっきりと、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。
- ※ 太枠内を記入してください。



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5年4月1日現在)	
現住所	〒 (-)	
	電話番号	
	緊急連絡先 (申込者以外) (連絡先名:) (電話番号:)	
	メールアドレス	
通知等 送付先	※現住所と異なる場合のみ記入 〒 (-) (電話番号:)	
障害者手帳等 の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医等の診断書又は意見書 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 判定書 (判定機関:) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※チェックしたものの写しを添付してください。	<input type="checkbox"/> 交付申請中 (交付予定年月日) 令和 年 月 日
診断名 障害や病気の状 況について	※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。	
就労支援機関等 の登録と利用に ついて	※登録・利用がある方は記入してください。 名称 () 担当者名 ()	
	面接時に諸機関職員等の同席を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する⇒同席者の氏名 () <input type="checkbox"/> 希望しない	

裏面あり

