# 障害のある人を対象としたかながわチャレンジオフィス職員

# (神奈川県会計年度任用職員)採用選考申込書

【注意事項】

○ タイピング入力、または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。

写真
たて4センチ
よこ3センチ
本人単身、6か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 | フリガナ | |
| 生年月日 | 昭和/平成　年　月　日 | 満　歳<br>(令和9年4月1日現在) |
| 現住所 | 〒(　ー　) | |
| | 電話番号 | |
| | メールアドレス | |
| | 緊急連絡先(申込者以外)　[電話番号:　]<br>[氏名:　]　[続柄:　] | |
| 通知等送付先<br>※現住所と異なる場合のみ記入 | 〒(　ー　) | |
| | 電話番号 | |
| 就労支援機関の登録 | □ あり<br>□ なし | ※登録「あり」の場合に記入してください。<br>就労支援機関の名称 |
| | | 面接時に就労支援機関の職員等の同席を希望しますか。<br>□ 希望する<br>□ 希望しない |
| | | ※同席を「希望する」場合に記入してください。<br>同席者の氏名: |
| 障害者手帳等の種類 | □ 身体障害者手帳<br>□ 指定医等の診断書又は意見書<br>□ 療育手帳<br>□ 判定書(判定機関:　)<br>□ 精神障害者保健福祉手帳<br>※ 該当するものにチェックをしてください。 | □ 交付申請中<br>(交付予定年月日)<br>令和　年　月　日 |

裏面あり

| | | |
|---|---|---|
| 受験上の配慮の有無 | □あり<br>□なし | ※「あり」の場合、具体的に記入してください。（例：車イスを使用） |

志望動機（具体的に記入してください。）

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。）

| | | |
|---|---|---|
| 性格 | 長所 | 短所 |
| 趣味 | | |

| | |
|---|---|
| 得意なことや作業 | 苦手なことや作業 |

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。）

週当たりの勤務時間の希望を選択してください。

【第１希望】　□週29時間　□週23時間15分

【第２希望】　□週29時間　□週23時間15分

※第２希望は、ある場合のみ選択してください。

□私は、募集案内に掲げてある申込資格をすべて満たしており、
こ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。

【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(写真貼付)を添付しましたか。
- □ 神奈川県ホームページにある募集のお知らせを読みましたか。