

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 (学校技能サポーター) 申込書 新卒者専用

(令和3年3月 高校、中等教育学校又は特別支援学校卒業見込者用)

【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。

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	平成 年 月 日 満 歳 (令和3年3月31日現在)	
現住所	(-)	
	電話番号	
	緊急連絡先(申込者以外) (連絡先名:)	
	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
	社会福祉施設 就労支援機関等 の登録・利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

裏面あり

