

※第1次	※第2次

校種等・教科				※受験番号
4	6	7	1	

受 験 申 込 書

(自立活動担当用)

※郵送申込みは、5月13日(木)の消印まで有効(持参不可)

ふりがな				生年月日	西暦	年	月	日生	職種
氏名				年齢	2022年4月1日現在				歳
ふりがな									
現住所	〒			【必須】電話番号① () - ()			【任意】電話番号② () - ()		
上記の現住所で連絡がとれない場合の連絡先	〒			【任意】電話番号 () - ()			【任意】連絡先名		
最終学歴	学校名: 学部(研究科): 学科(専攻): 西暦 年 月 卒業(修了)・見込								
資格取得のための学歴	学校名: 学部: 学科: 西暦 年 月 卒業(修了・終了)								
所有資格 (理学療法士、言語聴覚士のいずれかの資格を記入)	所有資格の種類				取得年月日				
					西暦 年 月 日				
教員免許状 (所有している免許状又は取得見込の免許状の全てを記入)	種類	教科	記号・番号	取得(見込)年月日			取得・見込の別		
	特別支援学校 自立活動教諭		第 号	西暦 年 月 日			取得・見込		
			第 号	西暦 年 月 日			取得・見込		
			第 号	西暦 年 月 日			取得・見込		
職歴 (高校卒業から現在まで無職の期間も記入。勤務形態の欄「その他()」には、常勤、アルバイト、臨時的任用職員、非常勤職員などと記入してください。)	在職等の期間		在職等の年月	勤務先		職務内容		勤務形態	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	
	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		年 月					正規採用 その他()	

(この欄は、自筆で記入してください。)
私は、この申込書に記載したとおり神奈川県公立学校教員採用候補者選考試験の受験を希望するので申し込みます。
また、私は当該試験の実施要項に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記入事項に相違ありません。

西暦 2021 年 月 日 氏名
(自筆署名) _____

神奈川県立の特別支援学校での臨時的任用職員及び非常勤講師の登録依頼のために、私の個人情報(氏名・住所・電話番号・所有資格及び教員免許状等)を提供することについて

(同意する ・ 同意しない)

※ 「同意する」に○をつけた方には、必要に応じて登録手続きのための連絡をする場合があります。

受験申込書記入要領を参照しながら記入してください。