

(顔 写 真)

- ・縦4cm×横3cm
- ・6か月以内に撮影した
もの
- ・申込み時に貼り付ける
こと

鳥取県職員採用試験（知的障がい者対象）受験申込書

私は、標記の試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は受験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

年 月 日

ふりがな				受付番号（受験番号）
氏 名 （自 署）				※
生年月日	年 月 日			
ふりがな				
現住所	〒 電話(自宅) (携帯)			
ふりがな				
緊 急 連 絡 先 （家族など 必ず連絡が 取れる住所 ）	〒 電話(自宅) (携帯)			
学 歴 （最終のも のが上にな るように記 載してくだ さい）	学 校 名	学部・学科・専攻名	在 学 期 間	修学区分
			年 月 ～ 年 月	卒業(修了) 卒業(修了) 見込 在学（ 学年）
			年 月 ～ 年 月	卒業(修了) 卒業(修了) 見込 在学（ 学年）
			年 月 ～ 年 月	卒業(修了) 卒業(修了) 見込 在学（ 学年）
職 歴 （最終のも のが上にな るように記 載してくだ さい）	勤務先の名称	職務内容		在職期間
				～ 年 月 年 月
				～ 年 月 年 月
				～ 年 月 年 月
				～ 年 月 年 月

裏面も記載してください。

＜志望理由・自己PR＞

--

療育手帳等	交付番号		判定結果					
	交付機関		交付年月日					
知的障がい者判定機関による判定の場合は判定機関名（※）								
受験に関して個別に対応する事項があれば、具体的に記入してください。 試験日当日に申し出られた場合、対応できない場合がありますので、必ず記載してください。 （試験の都合上対応できない場合があります。この場合は事前にその旨を連絡します。）								

（※）知的障がい者判定機関とは、知的障害者更生相談所、児童相談所、精神保健福祉センター、障害者職業センター、精神保健指定医をいいます。

確認事項	☐ 令和4年度鳥取県職員採用試験（知的障がい者対象）に合格し、鳥取県職員に採用された場合は、就業支援を行うために必要な情報を障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、医療機関等の関係機関と共有することに同意します。 ※内容を確認し、同意する場合は左の欄の□に✓を記入してください。
------	---

【申込書記載要領】

- 1 受験申込書は、下記の事項をよく読み、間違いのないよう、正確に記入してください。
- 2 黒又は青のボールペン・万年筆を用い、※欄を除く全ての欄にもれなく、楷書で、記入してください。
- 3 該当する□の中にはレ印をしてください。
- 4 訂正がある場合は、もとの文字又は数字に横線を2本引き、その下書き直してください。
- 5 枠の中に書ききれない場合は、余白に記入してください。
- 6 不備があった場合は受理できません。また記載事項に不正があった場合は、採用の資格を失うことがあります。

各項目の記載要領

氏名・ふりがな	氏名は楷書で記入し、ふりがなはひらがなで記入してください。
受付番号	記入しないでください。
現住所・電話	現住所は、棟、号室まで、できるだけ詳しく正確に記入してください。この住所に合格通知等を送ります。転居予定がある場合は、その旨を余白に記入し、宛先を明示してください。 電話は、県からの連絡を受ける上で都合の良い番号を記入してください。携帯電話をお持ちの方は、その番号も記入してください。
緊急連絡先・電話	ご家族の住所など、緊急時の連絡先を記入してください。