

鳥取県職員採用試験(令和7年4月採用予定 知的障がい者対象)受験申込書

私は、下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
事実と相違ありません。

年 月 日

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

ふりがな					受付番号 (受験番号)
氏 名					※
生年月日	年 月 日	年齢	歳 (R7. 4. 1時点)		
現 住 所	〒 電話(自宅・携帯電話) メールアドレス				
緊 急 連 絡 先	〒 電話(自宅) (携帯電話)				
学 歴 最終学歴から 高校までを一 番上の欄から 順に記入。	学校名	学部・学科・専攻名	在学期間	修学区分	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
職 歴	勤務先の名称	部署・役職・職名	主な担当業務	在職期間	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
資格・免許等	名 称			取得年月日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	

＜志望理由・自己PR＞

--

Aコース申込の場合のみご記入下さい。

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(※)				

(※)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。

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。)

--

確認事項	☐ 鳥取県職員採用試験（令和7年4月採用予定 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 黒のボールペン又はパソコンにより、※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、その下に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。