

令和8年度 鳥取県会計年度任用職員(身体障がい者対象)採用試験申込書

ふりがな				※受験番号	(写真貼付欄) 申込み6か月以内に無帽で正面から上半身を写した縦4cm、横3cmの写真を貼付してください	
氏 名						
生年月日	昭和 平成	年	月	日		年齢
				歳 (R8.4.1現在)		
現住所	〒 —					
電話番号	自宅			携帯		
最終学歴	学 校 名		学部・学科・課程名等		卒 業 年 月	
					昭和 平成 令和 卒 業 ・ 卒業見込 年 月	
資 格 免 許	取得(授与)年月		資 格 (免 許) 名			
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
パソコン 能 力	各ソフトについて、該当する項目に○を記入してください。					
	ソフト名	おおむね使用できる	あまり自信がない	使用した経験がない		
	エクセル					
	ワ ー ド					
特に指導を受けなくとも、文書等が作成できる場合には「おおむね使用できる」としてください。						
職 歴	1 あり 2 なし ありの場合、新しいものから順番に記載してください。 「常勤・非常勤の別」の常勤とは、概ね週30時間の勤務とします。					
	勤 務 期 間		会社名	常勤／非常勤の別	業務内容	
	年 月～ 年 月			常・非		
	年 月～ 年 月			常・非		
	年 月～ 年 月			常・非		
	年 月～ 年 月			常・非		
	年 月～ 年 月			常・非		
	年 月～ 年 月			常・非		
	年 月～ 年 月			常・非		
	年 月～ 年 月			常・非		

※受験番号欄には何も書かないでください

志望動機、自己 PR（特技、性 格等）				
身体障がい者 手帳	交付番号		等級（判定結果）	
	交付機関		交付年月日	
	障がい名			

試験の準備に必要ですので、該当する項目を○で囲んでください。
（使用する補装具は、受験者本人の障がいに関する用具に限ります。）

・点字による受験を希望しますか。

・補聴器を使用しますか。

・車椅子を使用しますか。

・車椅子を使用するため、自家用車で来場し、駐車場を使用しますか。

・その他、補装具を持参して使用しますか。

はい ・ いいえ

はい ・ いいえ

はい ・ いいえ

はい ・ いいえ

はい ・ いいえ

はい ・ いいえ

使用する補装具は何ですか。

拡大読書器 その他（ ）

・面接時に手話通訳が必要ですか。 ※聴力障がい又は音声・言語機能障害の方のみ記入

必要
不要

・その他、受験に関し何か配慮が必要な事項があれば、具体的に記入してください。

※記載されても対応できない場合もあります