

| | | | |
|--------------------|-------|-------|-------|
| (該当する区分に○をつけてください) | 身体障がい | 知的障がい | 精神障がい |
|--------------------|-------|-------|-------|

| | |
|------|--|
| フリガナ | |
| 氏 名 | |

| 手帳等記載事項 | | | |
|---------|-------------------------------|-----|--------------------------|
| 障 がい 名 | | 級 別 | |
| | | | |
| 交 付 機 関 | 交付・再発行年月日(最新の日付) | | 交 付 番 号 |
| | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | 第 号 |

※採用決定者には、手帳等記載事項についての確認のため、障害者手帳(写)等の提出を求めます。

| | |
|-----------------------|-----|
| 選考試験に際し、特別な配慮を希望しますか。 | |
| はい | いいえ |

上記で「はい」と回答した場合は、具体的にどんな配慮を希望するか記載してください。
(例: 支援機関の方の付添、面接時間など)