

令和6年度 伊賀市会計年度任用職員採用選考配慮事項申出書

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

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。

採用選考に際し、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、面接選考時間など)