障害のある人を対象とした会計年度任用職員（総務課）

採用選考申込書

【注意事項】
枠内に収まるように、記入してください。（消えるボールペンは不可）
行数の追加・削除、枠のサイズ変更、図・画像の貼り付けなどの加工・修正によって作成された申込書は、受付できません。
※太枠内を御記入ください。裏面も必ず御記入ください。

記入日	令和 8 年 12 月 14 日				
氏名	ふりがな よこはま たろう 横浜 太郎				
生年月日	昭和 （平成） 13年 7月 25日		満 25 歳 （令和９年４月１日現在）		
障害について ※申し込む募集区分にチェックをつけ、チェックをつけた区分の手帳の内容を記入してください。	募集区分（いずれかにチェック）	□ 区分１	身体障害者手帳※		
			障害名		障害の等級	級
		☑ 区分２	療育手帳（愛の手帳）※		
			障害の程度	□A1 □A2 ☑B1 □B2	
		□ 区分３	精神障害者保健福祉手帳※		
			障害の等級	□1級 □2級 □3級	
	手帳交付申請中の場合は、申請中にチェックをつけ、申請日を記載してください。		申請中 □	申請日 令和 年 月 日	
	その他の障害		※選んだ区分以外の障害がある場合は記入してください。 ・身体障害（障害名： 両下肢不全麻痺 障害の等級 2 級） ・知的障害（□A1 □A2 □B1 □B2） ・精神障害（□1級 □2級 □3級）		
受験上の配慮の有無	☑あり		※ありの場合は、具体的に記入してください。 **車いすでの受験を希望します。**		
	□なし				

【受験資格等確認欄】募集案内の記載内容をよく読み、確認した上でチェックしてください。

私は「横浜市立市民病院障害のある人を対象とした会計年度任用職員採用選考募集案内」の記載内容を承諾のうえ、選考の申込みをします。 また、私は必要とされる受験資格をすべて満たしており、申込書の記載内容に相違ありません。	☑

裏面あり

応募動機を具体的に書いてください。

・・・