



受験申込書

令和元年度 市川市職員採用選考
一般行政職(初級)【障がい者対象】

受験番号 (市川市記入欄)		※		写 真 タテ 4.5cm × ヨコ 3.5cm			
フリガナ							
氏 名							
生 年 月 日		昭和・平成 (西暦)				年 月 日生	
		(令和2年(西暦2020年)4月1日現在の年齢)		歳			
現 住 所		〒 -		電話			
				FAX			
通 送 知 先		〒 -		Eメール アドレス			
障 害 者 手 帳 等	身体障害 者手帳	交付機関名	交付年月日		交付番号	障がいの程度	
			年 月 日		第 号	級	
			(再交付 年 月 日)				
		障がい名 (身体障害者手帳の障害名欄の記載事項をすべて記入してください。)					
	療育 手帳等	交付・判定 機関名	交付・判定年月日		交付番号 (療育手帳のみ)	障がいの程度	
			年 月 日		第 号		
		(再交付 年 月 日)					
	精神障害 者保健福 祉手帳	交付機関名	交付年月日		交付番号	障がいの程度	
			初回取得	年 月 日	第 号	級	
		有効期限	年 月 日				
選考の準備のため必要ですので、必ず記入してください。 (該当する <input type="checkbox"/> にチェックを付け、必要事項について記入してください。)							
1	駐車場の利用	<input type="checkbox"/> 希望する (身体的な理由により自家用車でなければ 選考会場に来ることが困難な場合のみ可) <input type="checkbox"/> 希望しない					
2	車イスの使用	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない					

3	点字で受験	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
4	拡大印刷で受験	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
5	聴覚及び音声・言語機能障がいの方	<input type="checkbox"/> 監督員の発言内容を印刷した用紙の配布を希望する <input type="checkbox"/> 監督員による要約筆記通訳を希望する <input type="checkbox"/> 特に配慮希望はない
6	マークシート方式の答案用紙の丸付け答案用紙への変更	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
7	持ち込みを希望する補装具等があれば、具体的に記入してください。	(身体的な理由によりマークシートの塗りつぶしが困難な場合のみ可)
8	その他、受験及び勤務に際して特に配慮を希望することがあれば、具体的に記入してください。	

私は、市川市職員採用選考を受験したいので申し込みます。私は、受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

令和元年 月 日 氏名 _____ (自署)

受験申込書記入上の注意

- 虚偽の記載や不正がある場合、採用しないことがありますので十分に注意してください。
- 黒のボールペンを使用し、丁寧にはっきり書いてください。文字は「かい書」、数字は「算用数字」で記入してください。
- 写真は申込前6カ月以内に撮影した「脱帽、上半身、正面向き」のものとし、写真の裏面には氏名を記入してください。
- ※印の欄を除く、すべての欄にもれなく記入し、該当する事項は、チェックを付れたり、○で囲んでください。
- FAX 番号、Eメールアドレスの欄は、言語・聴覚障害者の方で、かつ、連絡方法として FAX 又は Eメールを希望される方のみ記入してください。
- 電話番号は平日の日中に連絡のとれる携帯電話番号等を記入してください。また、留守番電話の設定をしてください。

以上のほか、提出する前に、記載漏れがないか(特に日付、自署の欄)をいま一度確認してください。