

受験番号	受付年月日
------	-------

※この上の欄は記入しないでください。

140 円分の郵便切手を貼ってください。

令和6年度 障がい者を対象とした島根県職員採用選考試験 申込書

※申込書記入上の注意

- 申込書の太枠内のすべての欄にもれなく記入してください。
- 記入は、黒インク又は黒のボールペンを用い、かい書でていねいに記入してください。
点字による受験希望者又は筆記が困難な方は代筆でも構いませんが、その場合は代筆者の氏名を必ず記入してください。

代筆者氏名	
-------	--

- 数字は算用数字を使用し、該当する□の中にレ印をつけてください。
- 記載事項に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。

試験区分	試験区分 一般事務 (知的障がい者)	
ふりがな		
氏名		
生年月日	平成 年 月 日生	
受験票・ 試験結果通知 送付先住所	寮・アパート・マンション等の場合は、建物名・部屋番号等を明確にしてください。 〒 -	
現住所	送付先住所と異なる場合に記入してください。送付先住所と同じであれば記入不要です。 〒 -	
連絡先	必ず連絡が取れる番号を記入してください。 電話番号1 () - 電話番号2 () -	
	メールアドレス	
最終学歴	学校の名称	学部学科名
	在学(予定)期間 <input type="checkbox"/> 4 平成 年 月から <input type="checkbox"/> 4 平成 年 月まで <input type="checkbox"/> 5 令和 年 月まで <input type="checkbox"/> 5 令和 年 月まで (卒業見込みの場合は、卒業予定年月を記入してください。)	修学区分 <input type="checkbox"/> 1 卒業 <input type="checkbox"/> 2 卒業見込 <input type="checkbox"/> 3 在学中 <input type="checkbox"/> 4 中退

(裏面に続く)

