ちてきしょうがいしゃ　たいしょう　　なごやししょくいんさいようせんこうしけんもうしこみしょ

知的障害者を対象とした名古屋市職員採用選考試験申込書

（　　年　　月撮影）

受験番号	※記入の必要はありません。			写真 （4cm×3cm） 6ヶ月以内の脱帽、正面顔写真
フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成　　年　月　日	
現住所	〒			電話番号
連絡先	〒 （現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。）			携帯電話番号など
メールアドレス				

	学校名	課程	在学期間	該当を○で囲む
学歴	(最終学歴)		年　月から 年　月まで	卒業・退学 卒業見込
	(その前)		年　月から 年　月まで	卒業・退学 卒業見込

	勤務先	職務内容	期間	備考（該当するところに☑してください）
職歴	(最終)		年　月から 年　月まで	□民間企業等　□公共団体等 □就労継続支援A型　□就労移行支援 □就労継続支援B型　□その他（　　）
	(その前)		年　月から 年　月まで	□民間企業等　□公共団体等 □就労継続支援A型　□就労移行支援 □就労継続支援B型　□その他（　　）
	(その前)		年　月から 年　月まで	□民間企業等　□公共団体等 □就労継続支援A型　□就労移行支援 □就労継続支援B型　□その他（　　）

愛護(療育)手帳	交付機関名	交付年月日	交付番号	判定区分
	都・道・府・県・市	年　月　日	第　号	

資格・免許	名称	取得（見込）年月日

志望理由・自己PR	
成績の通知	不合格となった場合、成績の通知を希望する方は右欄にチェックしてください。　□希望する

私は、知的障害者を対象とした名古屋市職員採用選考試験を受験したいので、試験案内の記載事項をすべて了承のうえ、申し込みます。

なお、私は、試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

令和8年　　月　　日　　氏名（自署）