

# 鳥取県職員採用試験(令和7年4月採用予定 知的障がい者対象)受験申込書

(顔写真)

- ・縦4cm×横3cm
- ・6か月以内に撮影したもの
- ・申込み時に貼り付けること

私は、下記の試験を受験したいので申し込みます。  
 なお、私は受験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項は  
 事実と相違ありません。

年 月 日

ふりがな				受付番号(受験番号)
氏名				※
生年月日	年 月 日	年齢	歳 (R7.4.1時点)	
現住所	〒 電話(自宅・携帯電話) メールアドレス			
緊急連絡先	〒 電話(自宅) (携帯電話)			
学歴 最終学歴から 高校までを一番上の欄から順に記入。	学校名	学部・学科・専攻名	在学期間	修学区分
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学( 学年)
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学( 学年)
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学( 学年)
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学( 学年)
職歴	勤務先の名称	部署・役職・職名	主な担当業務	在職期間
				～ 年 月 月
				～ 年 月 月
				～ 年 月 月
				～ 年 月 月
				～ 年 月 月
資格・免許等	名称			取得年月日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日

〈志望理由・自己PR〉

--

Aコース申込の場合のみご記入下さい。

療育手帳等	交付番号	判定結果	
	交付機関	交付年月日	
知的障がい者判定機関による判定の場合は判定機関名(※)			

(※)知的障がい者判定機関とは、知的障害者更生相談所、児童相談所、精神保健福祉センター、障害者職業センター、精神保健指定医をいいます。

<p>受験に関して個別に対応する事項があれば、具体的に記入してください。 試験日当日に申し出られた場合、対応できない場合がありますので、必ず記載してください。 (試験の都合上対応できない場合があります。この場合は事前にその旨を連絡します。)</p>

確認事項	<input type="checkbox"/>	<p>鳥取県職員採用試験（令和7年4月採用予定 知的障がい者対象）に合格し、鳥取県職員に採用された場合は、就業支援を行うために必要な情報を障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、医療機関等の関係機関と共有することに同意します。</p> <p>※内容を確認し、同意する場合は左の欄の□に✓を記入してください。</p>
------	--------------------------	--

【申込書記載要領】

- 1 受験申込書は、下記の事項をよく読み、間違いのないよう、正確に記入してください。
- 2 黒のボールペン又はパソコンにより、※欄を除く全ての欄にもれなく、楷書で、記入してください。
- 3 該当する□の中にはレ印をしてください。
- 4 訂正がある場合は、もとの文字又は数字に横線を2本引き、その下に書き直してください。
- 5 枠の中に書ききれない場合は、余白に記入してください。
- 6 不備があった場合は受理できません。また記載事項に不正があった場合は、採用の資格を失うことがあります。

各項目の記載要領

氏名・ふりがな	氏名は楷書で記入し、ふりがなはひらがなで記入してください。
受付番号	記入しないでください。
現住所・電話	<p>現住所は、棟、号室まで、できるだけ詳しく正確に記入してください。この住所に合格通知等を送ります。転居予定がある場合は、その旨を余白に記入し、宛先を明示してください。</p> <p>電話は、県からの連絡を受ける上で都合の良い番号を記入してください。携帯電話をお持ちの方は、その番号も記入してください。</p>
緊急連絡先・電話	ご家族の住所など、緊急時の連絡先を記入してください。