（様式１）

令和６年度茨城県会計年度任用職員（障害者）募集申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　前 | （フリガナ） 　  |
| （氏　　名） |
| 生年月日 |  昭和・平成 　　年　　　月　　　日（ ※２ 満　　　歳） |
| 住　　所 |  〒 　 ＴＥＬ　　　（　　　　） |
| 緊急連絡先※３ |  〒 ＴＥＬ　　　（　　　　） |
| 療育手帳 | 障害の程度(総合判定) |  | 判定年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 障害者手帳 | 障害等級 | 精神　　　　　級身体　　　　　級 | 交付年月日 | 年　　月　　日年　　月　　日 |
| 最終学校名 | 　　　　　　　　　昭和・平成・令和　　　年　　　月　卒業・卒業見込 |
| 備　　　考 | （障害の状況・特性、通院の状況及び服薬の頻度など、勤務上、配慮を必要とする事項などがあれば記入してください。） |

※１　満年齢は令和６年４月1日現在で記入してください。

※２　緊急連絡先にはいつでも連絡が取れるものを記入してください。

（本人又は家族の携帯電話可）