

(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)