

2019 年度障がい者を対象とする職員採用選考 (長野県職員・長野県警察行政職員・長野県市町村立小中学校事務職員) 受 験 申 込 書

選考区分	志望順位	考查会場	長野会場・松本会場 (どちらかに○)		
県職員	第__志望	受験番号	※		
警察行政職員	第__志望	受験票の送付先	現住所・帰省先等 (どちらかに○)		
小中事務	第__志望				
ふりがな			性別	男・女	生年月日
氏名					昭和・平成 年 月 日
ふりがな			郵便番号		—
現住所			電話 ()		—
ふりがな			郵便番号		—
現住所以外の連絡先 (帰省先等)			電話 ()		—
最終学歴	学校名	学部・学科名	所在都道府県	在学期間	卒業・卒業見込
				年 月 から 年 月 まで	卒業・ 卒業見込
障害者手帳等	身体障害者手帳又は指定医等の診断書等	交付機関名 (又は指定医等)	交付・再交付年月日 (最新の日付)		
		障害名	交付番号	障害の程度	
	療育手帳等又は児童相談所等が発行した知的障害の判定書	交付・判定機関名	交付・判定年月日 (最新の日付)		
			交付番号	障害の程度	
精神障害者保健福祉手帳	交付機関名	有効期限			
			年 月 日	交付番号	障害の程度

※裏面も必ず記入してください※

プリントアウトする場合はA4サイズで両面 (短辺綴じ) としてください。

2019 年度障がい者を対象とする職員採用選考 (長野県職員・長野県警察行政職員・ 長野県市町村立小中学校事務職員) 受 験 票

※欄は記入しないでください。

考查会場	長野会場・松本会場 (○で囲む)
受験番号	※
ふりがな	
氏名	

(切り離さないでください)

(写 真 欄)

(1) 申込みの際には、写真を貼る必要はありません。

(2) 考查当日には、次にあてはまる写真をこの欄に必ず貼ってください。

- ・申込み前1か月以内に撮影したもの
- ・帽子をとって正面から写したもので本人と確認できるもの
- ・縦4cm横3cm程度のもの

※志望

第1

第2

第3

○考查日時

令和元年(2019年)10月27日(日)

受付 9:10~9:40

考查開始 10:00

○考查会場

※ _____ 会場 _____ 講堂

・当日の持ち物

本票、鉛筆 (HB 3本程度)、消しゴム、昼食、受験に必要な補助器具等

※照合					
-----	--	--	--	--	--

受験上の配慮の希望

第1次考査の受験に際して配慮を希望しますか。
(該当する方に○印をしてください。)

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は右欄に希望する事項を記入
してください。

「いいえ」と答えた方は右欄の記入は必要ありま
せん。

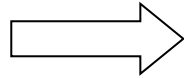
下の署名欄も忘れずに記入してください。(代筆可)

私は、2019年度障がい者を対象とする職員採用選
考(長野県職員・長野県警察行政職員・長野県市町
村立小中学校事務職員)を受験したいので申し込み
ます。

なお、私は当該受験資格をすべて満たしており、
この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

署名 _____



該当する事項の「希望する」に○印をしてください。

1. 点字による受験	音声パソコンの使用 (パソコンは持込です。)
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望する
2. 考査時間の延長 (対象となる人については受験案内をご覧ください。)	
<input type="checkbox"/> 希望する	
3. 拡大文字による出題・拡大解答用紙による解答	どちらか又は両方に○
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 拡大文字出題・拡大解答用紙
	どちらかに○
	面積比 <input type="checkbox"/> 2倍・ <input type="checkbox"/> 2.7倍
※ 1～3は視覚障がい(又は読字障がい)のある人が対象です。	
4. 考査員の発言事項を書面で伝達する・手話通訳者の配置	どちらか又は両方に○
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 書面で伝達・手話通訳者の配置
5. ○付け式解答用紙による解答	
<input type="checkbox"/> 希望する	
6. パソコンの使用 (上肢機能障がい等で筆記が困難な人に限ります。また作文考査のみ対象です。)	
<input type="checkbox"/> 希望する	
7. 車イスの使用・付添人・補助犬の同伴	該当するものに○
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> 補助犬
8. 補助器具の持ち込み	
<input type="checkbox"/> 希望する	(持ち込む補助器具の種類や数を下欄に記入)
9. 糖質類などの補飲食及び服薬等	
<input type="checkbox"/> 希望する	
10. その他の事項	
<input type="checkbox"/> 希望する	(具体的な内容を下欄に記入)

上記の詳細・その他の希望する事項の内容(具体的に記入してください。)

※ 考査実施の都合上、対応できない場合があります。

※ 記入いただいた内容について、電話等で確認させていただく場合があります。