|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受審番号◆注１ | ※ | 氏名 |  |
| **申 　　　　　告　　　　　　書** |
| 学歴 | 学　校・学　部・学　科　名 | 入学年月 | 卒 業（見込）年 月 | 修 学 年 数 |
| 立　　　高等学校（　　　　）科 | 年　　月 | 年　　月（　　） | 年　　月 |
|  | 年　　月 | 年　　月（　　） | 年　　月 |
| 免許状・資格 | 種　　　　　　　　類 | 取得（見込）年月日 | 授　　　与　　　者 |
|  | 　　　年　　月　　日（　　） |  |
|  | 　　　年　　月　　日（　　） |  |
|  | 　　　年　　月　　日（　　） |  |
| 賞罰 | 年 　月 　日 | 事 項 |
|  |  |
|  |  |
| 職歴 | 事 項 | 就　職　年　月　日 | 期　　　間 |
|  |  年 月　　日 |  年　　　月 |
|  | 　 年 月　　日 | 　　 年　　　月 |
|  | 　 年 月　　日 |  年　　　月 |
|  | 　 年 月　　日 |  年　　　月 |
|  | 　 年 月　　日 |  年　　　月 |
|  | 　 年 月　　日 |  年　　　月 |
| アからウまでの該当する欄に記入してください。 |
| ア 身体障害者手帳 | 交 付 機 関、交付(手帳)番号 | 　　　　　都・道・府・県、第　　　　　　　　　　号 |
| 障害名及び級 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　級 |
| 交付年月日 | 　　　　年　　月　　日（再交付　　　年　　月　　日） |
| イ 精神障害者保健福祉手帳 | 交 付 機 関、交付(手帳)番号 | 　　　　　都・道・府・県、第　　　　　　　　　　号 |
| 障害名及び級 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　級 |
| 交付年月日 | 　　　　年　　月　　日（再交付　　　年　　月　　日） |
| ウ 療育手帳（又は判定書） | 判定機関 |  |
| 障害の程度　（総合判定） |  |
| 判定年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 受審の際の配慮事項　　受審に際して、点字、拡大文字や手話などによる受審、車いすや拡大鏡の使用等、特に配慮を必要とする人は記入してください。 |  |
| 趣　 味特 技 等 |  | 本県における受 　審 　歴◆注２ | 無 |  | 実施年度 | Ｒ５実施 | Ｒ６実施 |
| 有 | 職　種 |  |  |
|  私は、地方公務員法第16条等に規定する欠格条項に該当しないことを申告します。 令和７年 　　　月　 　　日 　　　氏名 　　 　　　　　　　　　　　　　　◆注３ |

◆注１　※印欄には、記入しないでください。

◆注２　本県における受審歴については該当するものを○で囲んでください。（受審年は、審査実施年度です。）

「有」に○をつけた人は、該当する年の職種欄に、実習助手は「農業」「工業」「図書」「家庭・理科」「特別支援」

「自立活動」、寄宿舎指導員は「寄指」のいずれかを記入してください。

◆注３ 氏名は、戸籍上の字体をかい書で記入してください。