令和４年度　障害者を対象とした
高知県職員（県立病院）採用選考試験受験申込書

令和　　年　　月　　日

試験区分（該当番号に○印）			
１　助産師　　２　看護師			
ふりがな	生年月日	昭和・平成　年　月　日	性別
氏　名	年　齢	令和５年４月１日現在 （　　歳）	

現住所（寮・下宿・アパート等の場合には、何々方等まで詳しく記入してください。）

（〒　　－　　）　　固定電話（　　）

携帯電話（　　）

※合格通知書等の送付先となります。

連絡先（帰省先等）の住所（現住所と異なる連絡先がある場合は記入してください。）

（〒　　－　　）　　固定電話（　　）

携帯電話（　　）

私は、令和４年度障害者を対象とした高知県職員（県立病院）採用選考試験受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしています。また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

（署名）
氏　名

※手帳等の種類、障害名、級別、交付機関、交付番号、交付･再発行年月日は、裏面に記入してください。

手帳等記載事項　※該当がない項目は記載不要です。			
種　　類 (該当番号に〇印)	1　身体障害者手帳、又は指定医等の診断書等 2　療育手帳、又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書 3　精神障害者保健福祉手帳		
障　害　名		障害等級 (障害の程度)	
交 付 機 関		交付番号	
交付･再発行年月日 (最新の日付)			

受験上の配慮希望欄 試験の準備のために必要ですので、該当する項目があればその番号に〇印をしてください。	
1	**点字問題での受験を希望する。** ※　使用する機器（点字器、点字筆記用具等）は、各自用意してください。
2	**拡大活字問題での受験を希望する。** ※　拡大活字問題は、この字の大きさ（１４ポイント程度）での出題となります。
3	**駐車場を必要とする。** ※　駐車場の利用は、下肢障害など身体上の理由で自動車でなければ試験会場に来られない方に限ります。
4	**車いすを使用する（車いすは、各自用意してください。）場合、下記のどちらで受験を希望するか該当する番号に〇印をしてください。** 1　車いすに座ったままでの受験を希望する。 2　試験会場のいすに移っての受験を希望する。
5	**試験時に持ち込み使用する補装具があれば該当する番号に〇印をしてください（補装具は、各自用意してください。）。** 1　ルーペ（拡大鏡）　2　電気スタンド　3　補聴器 4　その他（　　）
6	**面接時に就労支援機関の職員等の同席を希望する。**
7	**その他特記事項があれば具体的に記入してください。** （　　）

記載上の注意
1　受験案内をよく読んで記入してください。
2　すべての欄にもれなく自筆で記入してください。ただし、視覚又は上肢に障害があり自筆での記入が困難な方は、代筆での記入が可能です。その場合、署名欄の氏名の下の余白部分に代筆された方の署名を忘れないようにしてください。
3　記載事項に不正があると受験及び採用が無効になる場合があります。