

令和6年度 聴覚障がい者を対象とした鳥取県立学校会計年度任用職員
 (業務補助職員)採用試験【随時募集】申込書
 勤務場所：鳥取県立鳥取聾学校ひまわり分校

※受験番号		氏名		(ふりがな)		(写真貼付欄)	
生年月日		昭和 平成		年 月 日		年齢 歳 (R7.1.1現在)	
現住所		〒 ー					
連絡方法		(*希望するものに○を付け、記入してください。)					
		・ファクシミリ (番号)					
		・メール (アドレス)					
最終学歴		学 校 名		学 部 ・ 学 科 ・ 課 程 等		卒 業 年 月	
						昭和 平成 令和 年 月 卒 業 ・ 卒 業 見 込	
資 格 免 許 (パソコン 技能以外)		取得(授与)年月		資 格 ・ 免 許 名			
		昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月					
パソコン技能		*各ソフトについて、該当する項目に○を記入してください。その他のソフトがあれば、記入してください。					
		ソフト名		概ね使用できる		あまり自信がない	
		エクセル					
		ワード					
受験に際して 配慮が必要な 事項		* 受験に際して手話通訳等を希望される方、又は受験に際して配慮が必要な方のみその旨具体的に記入してください。					

職 歴	勤 務 期 間		会 社 名、職 名 等	業 務 内 容
	昭和 平成 令和	昭和 平成 令和		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		

- * この申込書に加え、以下の書類を添付してください。
- ①作文（詳細は募集案内を確認してください。）
 - ②合否通知送付封筒 1通
（長形3号（12cm×23.5cm）を使用し、110円切手を貼り、宛先を明記したもの）
 - ③身体障害者手帳の写し（氏名、生年月日、交付年月日、交付番号、発行機関、最新の判定の記録がわかる部分）または両耳の聴覚レベルを測定した証明書を添付してください。