

障害のある人を対象とした神奈川県教育委員会 会計年度任用職員

神奈川県教育委員会サポートオフィス職員<チャレンジ雇用>

職種（学校技能サポーター） 申込書

【注意事項】

- 手書きの場合は、黒のボールペンで、枠内に収まるように、記入してください。
- 行を追加するなど、申込書の体裁は変更しないでください。
- 「□」には、該当する項目に、チェックを入れてください。
- ※ 太枠内を記入してください。

写真  
たて4cm  
よこ3cm  
本人単身、6ヶ月以内に  
撮影したもので脱帽、  
正面の顔写真（カラー、  
白黒不問）、裏面糊付

記入日	令和 年 月 日		
氏 名	ふりがな		
生年月日	昭和 年 月 日 満 歳 平成 (令和8年4月1日現在)		
現住所	〒 (      —      )		
	電話番号		
	緊急連絡先（申込者以外） (連絡先名：                      続柄：      ) (電話番号：                      )		
	メールアドレス		
通知等 送付先	※現住所と異なる場合のみ記入 〒 (      —      )  (電話番号：                      )		
現在居住して いる場所の 最寄駅	路線名	駅名	最寄駅までの所要時間、交通手段 徒歩・バス・その他 (                      ) 最寄バス停（バスの場合記入） 所要時間                      分
障害者手帳等 の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医等の診断書又は意見書 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 判定書（判定機関：                      ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※チェックしたものの写しを添付してください。		<input type="checkbox"/> 交付申請中 (交付予定年月日) 令和 年 月 日
診断名 障害や病気の状 況について	※記載内容が合否に関わる事はありません。配慮事項を確認するために記入をお願いします。		

裏面あり

社会福祉施設 就労支援機関等 の登録・利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※登録・利用がある方は記入してください。	
		名称 ( ) 担当者名 ( ) 面接時に諸機関職員等の同席を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する⇒同席者の氏名 ( ) <input type="checkbox"/> 希望しない	
受験上の 配慮の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※「あり」の場合、具体的に記入してください。(例：車イスで受験)	
志望動機（具体的に記入してください。）			
今までに最も力を入れて取り組んだこと（具体的に記入してください。）			
性格	長所		短所
趣味			
得意なことや作業		苦手なことや作業	
仕事をする上で職場に配慮してほしいことや知っておいてほしいこと（具体的に記入してください。）			
希望選考会場 いずれかに ○ を記入してください。 ※会場等の都合により、希望に添えない場合があります。 ( ) 本郷台会場 (神奈川県職員キャリア開発支援センター：横浜市栄区小菅ケ谷1-2-1) ( ) 藤沢会場 (神奈川県立総合教育センター：藤沢市善行7-1-1)			
<b>【署名欄】</b> ※私は、募集のお知らせに記載してある応募資格をすべて満たしており、この学校技能サポーターの申込書及び添付する書類の記載事項に相違ありません。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>令和    年    月    日</span> <span>氏 名（自署）_____</span> </div>			

**※自筆で署名してください。**

筆記が困難なため本人が署名できない場合は、その旨を付記して、代理人が署名してください。

**【提出前の確認事項】**

- ☐ 写真は貼ってありますか。
- ☐ すべての項目に回答していますか。
- ☐ 履歴書、手帳（又は診断書、意見書、判定書）の写し（申請中の場合は申請内容が確認できる書類の写し）及び返信用封筒（110円分の郵便切手を貼付）を添付しましたか。