

**令和7年度新潟市西蒲区会計年度任用職員
(障がい者対象・業務補助) 採用試験 受験申込書**

※試験案内に記載の受験申込書記入上の注意をよく読んで記入してください

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日 生 (令和7年4月1日現在 満 歳)
現住所	〒 Tel () -
合否 通知先	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ (現住所と同じ場合はチェックしてください。) 〒 Tel () -

受験番号	—
------	---

写真を貼る
※6か月以内に撮影したもの。
写真がないと受験できません。
(縦4cm、横3.5cm程度)

年
月
撮
影

学歴・学校名	学部	学科	在学期間	該当を○で囲む
最終			年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
その前			年 月～ 年 月	卒・中退
その前			年 月～ 年 月	卒・中退

現在の勤務状況 (該当を○で囲む)	有 無	有の場合勤務先名
----------------------	--------	----------

検定資格	名称	取得年月日	名称	取得年月日
免許				

手帳記載事項	手帳の名称 (○で囲む)			
	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	
	交付機関	交付年月日		交付番号
	都道府県市	年 月 日	第 号	
	級別または判定区分	有効期間 (有期の場合のみ記載)		※ 記載した障害者手帳の写しを添付してください。
		年 月 日		

私は新潟市西蒲区会計年度任用職員採用試験の受験を申し込みます。
なお、私は試験案内にあるすべての受験要件を満たしており、この申込書の記載事項に相違ありません。

年 月 日 氏 名
(自 署)

裏面もあります

【受験上の配慮希望事項】

試験準備のために必要ですので、必ず回答してください。

なお、補装具等は各自で用意してください。

(1) 試験会場で補装具等を使用する (「はい」の場合は、(4)も記入してください。)	はい	いいえ
(2) 車いすの使用を希望する	はい	いいえ
(3) 手話通訳を希望する	はい	いいえ
(4) 補装具等を持ち込み使用する人は、使用する補装具等を具体的に記入してください。		
(5) その他、試験当日必要と思われることがあれば具体的に記入してください。		

※ 上記の要望によっては、試験日時が異なる場合がありますのでご承知置きください。