

*

写真

・大きさは縦4.0cm×横3.0cm

・上半身、脱帽、正面向きで3ヶ月以内に撮影したもの

・写真の裏面にのりをつけて貼ってください。

ふりがな

氏名

生年月日

昭和・平成

年

月

日

(歳)

現住所

〒

—

電話()

—

合格通知先住所

〒

—

電話()

—

手帳記載事項

手帳の種類

① 身体障害者手帳または指定医等の診断書等

② 療育手帳また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

※いずれか1つを○で囲んで下さい。

交付機関

都・道府・県・市

交付番号

第

号

障がい名

級別

級

交付・再発行年月日

年

月

日

学歴

(最終学歴から順に記入)

学校名

学部・学科名

所在地(都道府県)

在学期間(和暦で記入)

修学区分

年 月から

卒業・卒業見込

年 月まで

修了・修了見込

年 月から

中退・在学中

年 月まで

卒業・卒業見込

年 月まで

修了・修了見込

年 月から

中退・在学中

職歴

(新しい順に記入)

勤務先の名称

所在地(都道府県)

在職期間(和暦で記入)

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

年 月から

年 月まで

免許・資格

名称

認定交付機関

取得(見込)年月

年 月

年 月

