オフィスサポーター申込みシート

**【応募者記入欄】**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |
| 連絡先　　＊選考に関する連絡等における連絡先を記入してください。（本人、ご家族、特別支援学校教員、支援機関職員等）電話番号　　　　　　　（　　　　　　）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　（　　　　　） |
| 自己ＰＲ |
| 得意な業務・適性・保有する資格等 | 苦手な業務・環境等 |
| 職場で配慮して欲しいこと |
| 信頼される職員となるために気をつけたいこと |
| 知的障害の程度 |
| 　愛の手帳（療育手帳）　　　等級（　　　級）　　障害名　（　　　　　　　　　）　障害に関する詳細・特記事項等（現在の状況等について説明が必要な場合は記入してください。） |
| 療育手帳に加えて、身体障害者手帳あるいは精神障害者保健福祉手帳を保有する場合 |
| 身体障害者手帳（　　　）級精神障害者保健福祉手帳（　　　）級 | 障害名 |
| 支援機関への登録状況等登録状況　（　　有　【支援機関名：　　　　　　　　　　　　　　　 　】 ・　　無　　）電話番号　　　　　　　　（　　　　　　　）　　　　　 |
| 選考時に、合理的配慮として以下を必要とする場合、□にレ印を記入してください。□　１次選考（面接）への同席者　（有の場合　　担当者名：　　　　　　　　　　　　）□　試験問題における漢字のルビ振り |