

# 令和8年度 仙台市知的障害者会計年度任用職員(10月)採用選考受験申込書

※受験番号		※受付	
フリガナ	生 年 月 日		性 別
氏名	昭和 平成	年 月 日生(満 歳)	男・女
障害について	療育手帳番号 ( ) 第( )号	障害程度	A・B
	重複障害の有無等(身体障害者手帳__級, 精神障害者保健福祉手帳__級)		
住所・電話番号	□現住所 〒 -		次のような写真をこの欄に貼ってください。 ○申込日の6か月以内の撮影 ○縦4cm×横3cm ○脱帽, 上半身, 正面向き ○写真裏に氏名記入
	Tel( ) - 携帯電話( ) -		
	□現住所以外 〒 -		
	Tel( ) - 携帯電話( ) -		
□緊急連絡先: Tel( ) -			
学歴	学校名	在学期間	卒業・卒業見込の別
	最終(現在)	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> __年在学中 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> __年中退
	その前	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> __年中退
	その前	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> __年中退
職歴・通所歴	勤務・通所先	職務内容	在職期間
	現在(最終)		年 月から 年 月まで
	その前		年 月から 年 月まで
支援機関等			

■記入にあたっての注意(裏面もご覧ください)

1. 太枠内のすべての欄について、受験申込書記載上の注意にしたがって記入する。 ※欄は障害企画課使用欄
2. 写真を貼付をする。
3. 裏面に署名をする。
4. 下の受験票用はがきにも郵便番号、住所、氏名を記入して、85円切手を貼付する。

受験票用はがき

85円切手貼付	□ □ □ □ □ □ □ □
---------	-----------------

切り離さないでください

住所 \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ 様方)

氏名 \_\_\_\_\_ 様

(差出人)仙台市健康福祉局障害福祉部障害企画課  
〒980-8671 仙台市青葉区国分町三丁目7番1号  
電話 022-214-8151

令和8年度仙台市会計年度任用職員(10月)採用選考

## 受験票

※障害企画課使用欄

受験番号		
一次選考	日時	令和8年6月27日(土) 午前9時15分までに集合
	会場	仙台市役所 本庁舎 2階 会議室

◎裏面も記入してください。(※コピー厳禁)

申込にあたっての注意(表面もご覧ください)

1. 申込書に虚偽の記載があった場合、試験に合格しても採用されません。
2. 申込書は、切り取ったり折り曲げたりしないでください。

## 注意事項

○選考当日は、表記の時刻までに集合してください。

遅れた場合は、原則として受験できません。

○受験にはこの受験票と療育手帳、筆記用具を持参してください。

○選考当日は、市役所駐車場の利用はできませんので、公共交通機関を利用してください。

[通信欄]

志望動機	
資格・免許等	

切り離さないでください

私は、仙台市知的障害者会計年度任用職員採用選考を受験したいので、表記のとおり申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当していません。また、この申込書の記載事項は、すべて事実と相違ありません。

1. 拘禁以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
2. 仙台市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
3. 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

令和 年 月 日

※ 上記は、申請者本人が署名すること(日付も忘れずに記入してください)