

令和6年度（2024年度）大阪府豊能地区公立学校教員採用選考テスト受験願書

※この欄には記入しないでください

| | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 記入日 | | 年 | 月 | 日 |
| 校種教科（出願する校種教科に○印を記入してください。） | | | | |
| <input type="checkbox"/> 小学校 | <input type="checkbox"/> 中学校 ・国語 | <input type="checkbox"/> 中学校 ・数学 | <input type="checkbox"/> 中学校 ・理科 | |
| <input type="checkbox"/> 中学校 ・美術 | <input type="checkbox"/> 中学校 ・技術 | <input type="checkbox"/> 中学校 ・家庭 | | |
| 出願に必要な所有（見込）免許状 | | | | |
| 校種（○印を記入） | | 教科 | | |
| <input type="checkbox"/> 小学校 | <input type="checkbox"/> 中学校 | | | |
| 審査の結果、第1次選考の筆答免除を認められなかった場合の他の選考区分での受験について | | | | |
| 他の選考区分での受験希望 （受験希望の有無を選択し○印を記入。受験希望有りの場合はさらに選考区分も選択し○印を記入してください。） | | | | |
| 受験希望の有無 | | 受験を希望する場合の選考区分 | | |
| <input type="checkbox"/> 受験希望有り→ | <input type="checkbox"/> 一般選考 | | | |
| <input type="checkbox"/> 受験希望無し | <input type="checkbox"/> 障害者対象の選考 | | | |
| 障害の種別・障害の等級 （障害者対象の選考を受験希望の場合のみ、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害保健福祉手帳に記載のとおり記入してください。） | | | | |
| 障害の種別 | | 等級 級 | | |
| 在籍大学 | | | | |
| 種類（○印を記入） | | <input type="checkbox"/> 国立 | <input type="checkbox"/> 公立 | <input type="checkbox"/> 私立 |
| 学校名 | | 大学 | | |
| | | 大学院 | | |
| 学校所在地 | | 都・道・府・県 | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|-----|--|
| 名前（漢字） （姓） | | （名） | |
| 名前（フリガナ）（カタカナで記入） （姓） | | （名） | |
| ※日本国籍を有しない人は、原則として本名を名前欄に記入してください。 | | | |
| 生年月日 | | 性別 | |
| 年 月 日 | | | |
| 電話番号 | | - | |
| 携帯電話番号 | | - | |
| 郵便物送付先（居住地等） | | | |
| 郵便番号 | | - | |
| 都道府県、市区町村 | | | |
| ----- | | | |
| 町字、丁目、番、号、地番等 | | | |
| ----- | | | |
| 方書、マンション名・号室等 | | | |
| 連絡先メールアドレス | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|
| 受験に際し 配慮を希望 する内容 | 該当するものに○印をつけてください。 また、☆印がついているものは、ご自身で準備いただくものです。 | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 点字 | <input type="checkbox"/> 拡大文字 | <input type="checkbox"/> ☆音声パソコン | <input type="checkbox"/> ☆拡大鏡（ルーペ） | <input type="checkbox"/> 手話通訳 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 筆談 | <input type="checkbox"/> ☆補聴器 | <input type="checkbox"/> ☆車いす | <input type="checkbox"/> ☆つえ | <input type="checkbox"/> 駐車スペース | | | | |
| ※希望内容の説明、上記以外の配慮希望や聴覚障害等によるFAX又はメール連絡の希望等があれば、記入してください。 | | | | | | | | | |

※出願時には受験資格の詳細な確認は行いません。資格要件を満たしていないと判明した場合や、虚偽の記載が判明した場合は、合格後であってもこのテストにより得た一切の資格を失いますので、正しく記載してください。

※この用紙をコピーしたものに記載する場合は、A4白色の用紙（厚紙不可）に、拡大、縮小せずにコピーしてください。