

# 教育事務サポーター 申込みシート

## 【応募者記入欄】

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                                      | 選考時の合理的配慮の希望 ( 有 ・ 無 )                                          |     |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                       | 【内容】※欄が不足する場合は別紙を添付してください。                                      |     |
| <p>〈週あたりの希望する勤務形態〉</p> <p>※勤務形態について、希望する順に ( ) 内に①～③の数字を記入してください。</p> <p>ただし、採用当初は週 30 時間から始めることを基本に所属長が決定するため、希望どおりにならない場合があります。</p> <p>( ) 6 時間 × 5 日                      ( ) 7 時間 3 0 分 × 4 日                      ( ) 7 時間 × 5 日</p> |                                                                 |     |
| 保有する手帳等                                                                                                                                                                                                                                   | 愛の手帳（療育手帳）                      等級 ( )<br>*雇用に関する重度判定 ( 有 ・ 無 ) | 障害名 |
|                                                                                                                                                                                                                                           | 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級                                               | 障害名 |
|                                                                                                                                                                                                                                           | 身体障害者手帳 ( ) 級<br>*雇用に関する重度判定 ( 有 ・ 無 )                          | 障害名 |
| 障害に係る詳細・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。）                                                                                                                                                                                               |                                                                 |     |
| 志望動機                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |     |
| 得意な業務・適性・保有する資格（MOS、簿記等）等                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 苦手な業務・環境等                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 採用後に支援・配慮して欲しいこと                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |     |

## 【支援機関記入欄】 ※複数の機関が支援している場合は、主な機関が御記入ください。

|                                                                                                        |     |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| 支援機関名                                                                                                  |     |                          |
| 電話番号                                                                                                   | ( ) |                          |
| F A X 番号                                                                                               | ( ) | 担当者                      |
| 応募者の貴機関登録時期                                                                                            |     | 年                      月 |
| 採用後、雇用側に求める支援・配慮・伸ばしたいスキル等                                                                             |     |                          |
| <input type="checkbox"/> 本応募者は、希望する勤務形態での勤務が可能と考えます（可能な場合は <input checked="" type="checkbox"/> を付ける。）。 |     |                          |