［様式６］

障がいのある人を対象とした特別選考申請書［特別選考Ⅶ］

該当する番号を○で囲んでください。

試験区分（校種等）	教科（科目）
1 小学校教員（一般） 2 小学校教員（英語有資格者） 3 中学校教員 4 福岡県立高等学校教員 5 久留米市立高等学校教員 6 特別支援学校教員（小学部） 7 特別支援学校教員（中学部） 8 特別支援学校教員（高等部） 9 養護教員 10 栄養教員	（　　） 併願区分（第２希望） 1 併願なし 2 小学校教員 3 中学校教員 4 福岡県立高等学校教員

記入日	令　和　　5　　年　　月　　日
ふりがな	
氏　　名	
連絡先	

連絡先欄はFAX又は電子メールでの連絡を希望する場合のみ、FAX番号又はメールアドレスを記入してください。

令和６年度福岡県公立学校教員採用候補者選考試験において、障がいのある人を対象とした特別選考を申請します。

１　障がいの状況等

手帳	手帳の種類（○で囲む）　身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳		級別
	交付機関名 都　道 府　県　市	交付年月日 平成 令和　　年　　月　　日交付	
	交付番号	有効期限（精神障害者保健福祉手帳所持者のみ） 平成 令和　　年　　月　　日	

２　受験に際して配慮を希望する事項（できるだけ具体的にお書きください。）

配慮等の内容	配慮等が必要な理由

※　身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写しを添付してください。