

※一般行政上級（障害者）を申込みの方又は受験上の配慮が必要な方のみ、提出してください。

12 手帳記載事項（手帳等は、第1次試験当日において有効であることが必要です。）					
身体障害者 手帳	交付機関名	交付年月日 年 月 日		手帳番号 第 号	
	障害名			障害の程度（等級） 級	
療育手帳・知的 障害の判定	交付・判定機関名	交付・判定年月日 年 月 日		交付番号（療育手帳のみ） 第 号	
	判定区分				
精神障害者 保健福祉手帳	交付機関名	有効期限 年 月 日	手帳番号 第 号	障害の程度（等級） 級	
13 受験に際して希望する配慮事項（希望する事項の□にレ点を付けてください。）					
視覚に 関する 配慮 事項	文字を拡大した問題冊子、解答用紙の提供 <small>※詳細は試験案内「8 受験上の配慮」を確認してください。</small>	<input type="checkbox"/> 希望する	肢 体 の 不 自 由 に 由 る 弱 配 慮 事 項	自家用車での来場	<input type="checkbox"/> 希望する
	拡大鏡、ルーペ等の持参使用	<input type="checkbox"/> 希望する		駐車場の使用 <small>※自らの運転による自家用車でなければ来場できない方に限ります。</small>	<input type="checkbox"/> 希望する
	照明器具の持参使用	<input type="checkbox"/> 希望する		車椅子の使用（自席までの移動時のみ）	<input type="checkbox"/> 希望する
	窓際の明るい座席を指定	<input type="checkbox"/> 希望する		車椅子の使用（試験時間中も使用）	<input type="checkbox"/> 希望する
	試験時間の延長 <small>※詳細は試験案内「8 受験上の配慮」を確認してください。</small>	<input type="checkbox"/> 希望する		杖の持参使用	<input type="checkbox"/> 希望する
聴覚に 関する 配慮 事項	手話通訳者の配置	<input type="checkbox"/> 希望する		試験室入口までの付添者の同伴 <small>※詳細は試験案内「8 受験上の配慮」を確認してください。</small>	<input type="checkbox"/> 希望する
	要約筆記者の配置	<input type="checkbox"/> 希望する		座席を試験室の出入口に近いところに指定	<input type="checkbox"/> 希望する
	注意事項等の文書による伝達	<input type="checkbox"/> 希望する		トイレに近い試験室での受験	<input type="checkbox"/> 希望する
	座席を試験室の前方に指定	<input type="checkbox"/> 希望する		試験時間中の糖質類等の補食及び服薬等	<input type="checkbox"/> 希望する
	補聴器の持参使用	<input type="checkbox"/> 希望する		補助犬の同伴	<input type="checkbox"/> 希望する
希望 その他 配慮 事項等	※上記配慮事項の他に希望する配慮事項等があれば、簡潔に記入してください。内容によってはご希望に添えない場合もあります。				
14 受験者の連絡先（障害のため、FAXでの連絡を希望される場合のみ記入してください。）					
FAX番号					