

昭和病院企業団職員採用選考  
補装具使用等申出書

昭和病院企業団採用選考（事務助手・身体障がい者対象）を受験される方は、交付されている身体障害者手帳の内容及び選考当日に使用する補装具等について必要事項を記入及び該当する番号に○印を記載してください。

職種区分	選考区分	氏 名		受験番号
事務助手 (身体障がい者対象)	高校卒業程度			[この欄記入しないこと]
身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障 害 名	級 別
	年 月 日	都道府県 市 第 号		級

1 選考当日、持ち込み使用する補装具等

(1) 使用する

①ルーペ ②補聴器 ③電気スタンド ④その他 ( )

(2) 使用しない

2 車椅子の使用

(1) 使用する

(2) 使用しない

3 駐車場の使用

(1) 使用する

(2) 使用しない

4 その他、選考の準備等に必要と思われることがあれば、具体的に記入してください。

(この申出書は、採用選考受験申込書に添付して、必ず申込時に提出してください。)