

受験番号※		受理年月日	
-------	--	-------	--

令和5年4月1日採用

社会福祉法人 日進市社会福祉協議会 正職員採用試験申込書

試験区分及び 資格要件	正職員（総合職）：主任介護支援専門員・介護支援専門員、 もしくは社会福祉士・保健師・看護師
----------------	--

<p>写 真</p> <p>写真は、受験票の 写真と同一のもの で最近3ヶ月以内 に撮影したもの。</p> <p>(縦4cm×横3cm)</p> <p>令和 年 月撮影</p>	ふりがな	性 別
	氏 名	※1
	生年月日 昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)	本 籍 都 道 府 県

ふりがな
現住所 〒 ()
自宅：() - 携帯：() - 【必須】 E-Mail： @

通知の際の連絡先（現住所と異なる場合のみ記入） 〒 ()

学 歴	学 校 名	学部・学科名	在 学 期 間	卒業（見込）年月
	(最終)		年 月 ～ 年 月	年 月 卒業 見込 中退
	(その前)		年 月 ～ 年 月	年 月 卒業 中退
	(その前)		年 月 ～ 年 月	年 月 卒業 中退
職 歴	勤 務 先	所 在 地	在 職 期 間	職 務 内 容
	(現在)		年 月 ～ 年 月	
	(その前)		年 月 ～ 年 月	
	(その前)		年 月 ～ 年 月	
	(その前)		年 月 ～ 年 月	
	(その前)		年 月 ～ 年 月	

※1 「性別欄」：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

資格・免許	取得(見込)年月日		資格・免許名	
	年 月 日			
	年 月 日			
得意な学科		特 技		
得意な運動		趣 味		
健康状態 (配慮事項)		配 偶 者		有 ・ 無
通 勤 時 間		約 時間 分	扶養家族数	※扶養加入者数を記載 子 人：その他 人
自 身 の 長所短所				
※ 補足事項				
<p>社会福祉法人 日進市社会福祉協議会 会長 様</p> <p>私は、社会福祉法人日進市社会福祉協議会正職員採用試験を受験したいので上記のとおり申し込みます。</p> <p>なお、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p>				

【 記 入 心 得 】

- ※印以外は本人自身でもれなく記入してください。記載事項に不正がある場合は職員として任用される資格を失うことがあります。
- 記入には全て青か黒のインク又はボールペンを用い、かい書でていねいに書き、数字は算用数字を用い、該当するものの文字を○で囲んでください。
- 学校名、勤務先は新しいものから順に記入してください。学校名は、高等学校以上のものを記入してください。
- 写真は上半身・脱帽・正面向、縦4cm×横3cmのものを用い、はがれないようにしっかり貼り付けてください。