

平成30年度各務原市社会福祉事業団職員採用試験受験申込書

試 験 区 分			※受験番号(記入不要)			<p style="text-align: center;">写 真 欄</p> <p>1 写真は申込前3ヶ月以内に帽子をつけないで上半身正面向きを撮った縦4.5cm・横3.5cmのもので本人と確認できるものが必要です。</p> <p>2 受験票にも同じ写真を使用してください。</p>
言語聴覚士						
ふりがな		性 別	生 年 月 日			
氏 名		男 ・ 女	昭和 平成	年 月 日 (歳)		
合格通知等連絡先にチェック	<input type="checkbox"/>	現住所(アパート名・部屋番号等まで記入してください。) 〒 -				
		電話番号() - (方)	携帯電話番号() -			
	<input type="checkbox"/>	現住所以外の連絡先(帰省先等の連絡先がある場合は記入してください。) 〒 -				
		電話番号() -				
メールアドレス: @						
学 歴 (高等学校以上の学歴を新しい順に記載すること。)						
学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	在 学 期 間		修 学 区 分		
最 終		年 月 ~ 年 月		卒業・卒業見込・在学・中退		
その前		年 月 ~ 年 月		卒業・中退		
その前		年 月 ~ 年 月		卒業・中退		
職 歴 (欄が不足する場合は裏面の特記事項に記載のこと。)						
名 称	所 在 地	職 務 内 容		在 職 期 間		
最 終				年 月 ~ 年 月		
その前				年 月 ~ 年 月		
その前				年 月 ~ 年 月		
資格・免許(業務に関連する他の資格を有する場合は裏面の特記事項に記載のこと。)			従事したい仕事			
名 称	取得(見込)年月日					
言語聴覚士	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込				
普通自動車運転免許	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得				
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	趣味	ボランティア活動に参加したこと	ある・ない	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込	特技	ボランティア活動体験のある場合は、その活動内容		
社会福祉法人 各務原市社会福祉事業団職員採用試験を受験したいので、以上の通り申し込みます。この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。また、試験要項記載の受験資格を満たしていることを申し添えます。なお、私は以下に該当していません。 <ul style="list-style-type: none"> ● 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者 						
平成30年 月 日			(本人署名) 氏 名 _____			

- (注意事項) 1. 記入事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。
 2. 記入は、黒か青の万年筆又はボールペンでいねいに書き、該当する□の中にレ印を入れ、その他の該当する事項は○で囲んでください。
 3. ホームページから印刷する場合は、両面印刷をしてください。

(志望動機)

(その他特記事項)