

交野市社会福祉協議会職員採用試験申込書

※ 受験番号(記入しない)

受験区分	社会福祉士 又は 保健師		写 真			
			・縦40ミリ×横30ミリ程度 ・正面向、上半身、脱帽で3ヶ月以内に撮影したもの 平成 年 月撮影			
ふりがな			成績の開示を希望			
氏名			<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			
生年月日	昭和	・平成	年	月	日生	才
現住所	〒 -		Tel () -			
連絡先又は送付先	〒 -		Tel () -			
学 歴 (最終学歴)	学校名			年制		
	学部名			学科名		
	入学年月	昭和・平成	年	月	卒業年月	昭和・平成 年 月
資格又は 免許(受験 資格となる ものから順 に記入)	名 称					
	取得年月日	昭和・平成	年	月	日	
	名 称					
	取得年月日	昭和・平成	年	月	日	
	名 称					
	取得年月日	昭和・平成	年	月	日	
志望動機 および 自己PR						

上記のとおり相違ありません

平成 年 月 日

氏 名

(必ず受験者本人が署名してください)

※ 裏面の職歴にもご記入と署名をお願いします。

