

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)

社 主 —
 保 保 —
 看 看 —

受験区分	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 ※いずれかの□に、レ点を記入してください。		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 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	年 月	卒 業 年 月 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	年 月 日	
	名 称		
	取得年月日	年 月 日	
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	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

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。

職 歴

勤務先の名称	在職期間	職務内容
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

上記のとおり相違ありません

年 月 日

氏 名

(必ず受験者本人が署名してください)