小野市社会福祉協議会職員採用試験受験申込書

職　種	(ふりがな)	性　別
登録職員	氏　名	男 ・ 女
※ 受験番号	生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日	年　齢 満　　歳
現住所　〒　　－ 自宅電話（　　）　　－　　携帯電話（　　）　　－		
連絡先　〒　　－　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入） 電話（　　）　　－		

〈写真貼付欄〉

① 写真は、申し込み前６か月以内に、無帽、正面向、上半身を撮影したもので、本人と確認できるものが必要です。
② 大きさは、縦4.5cm、横3.5cmです。
③ 不鮮明なもの、その他受験写真として適当でない場合は受付できません。

令和　　年　　月撮影

学歴

学　校　名	学部・学科名	在　学　期　間（和暦）	制度	修学区分
中学校		年　月～　　年　月	３年制	卒業
		年　月～　　年　月	年制	卒業・卒見 修了・中退
		年　月～　　年　月	年制	卒業・卒見 修了・中退
		年　月～　　年　月	年制	卒業・卒見 修了・中退
		年　月～　　年　月	年制	卒業・卒見 修了・中退

職歴

勤務先（職務内容）	所在地（市区町村名まで）	在職期間（和暦）	雇用形態	退職理由
（　　）	市区 町村	年　月から 年　月まで	□正社員 □その他 （　　）	
（　　）	市区 町村	年　月から 年　月まで	□正社員 □その他 （　　）	
（　　）	市区 町村	年　月から 年　月まで	□正社員 □その他 （　　）	
（　　）	市区 町村	年　月から 年　月まで	□正社員 □その他 （　　）	
（　　）	市区 町村	年　月から 年　月まで	□正社員 □その他 （　　）	

免許・資格

名　　称	取得年月（和暦）
介護支援専門員	年　月　取得
保健師	年　月　取得
看護師	年　月　取得
社会福祉士	年　月　取得
普通自動車運転免許	年　月　取得

受験資格を満たしており、申込書記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏　名　　印

（必ず自署してください。）

〔記入上の注意〕
1　記入は、すべて本人の自筆により、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
2　※印欄以外は、すべて記入してください。（該当のない場合は「なし」と記入してください。）
3　記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。

※裏面へ続く

〔裏面〕

職　種	※ 受験番号
登録職員	

一　般　事　項　等

一般事項	志　望　動　機						
	希望する採用年月日	希望採用年月日には○印をつけてください。 【希望採用年月日】　令和　年　月　日					
	希望する勤務日数及び時間	【希望する日数】　（週　日） 【希望する１日の勤務時間】　（１日　時間）					
	特　技						
	趣味・娯楽		ス　ポ　ー　ツ				
	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ活動		パソコン操作	Ｗｏｒｄ　できる・できない Ｅｘｃｅｌ　できる・できない			
	自分で認める長所		自分で認める短所				
	通勤時間 通勤距離	約　時間　分 ｋｍ	扶養家族数 （配偶者を除く）	人	配偶者	有・無	配偶者の扶養義務	有・無

自己PR等	

他の受験先（民間企業等を含む）及び合否決定の時期	①　令和　年　月　日 ②　令和　年　月

以上のとおり相違ありません。

氏　名　　印