

[様式1]

合志市社会福祉協議会職員採用試験申込書

受 験 職 種 (○で囲む)
・ 保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師

合志市社会福祉協議会職員採用試験に関係書類を添えて申し込みます。

受 験 番 号	※記載不要	写 真 ・縦 4cm×横 3cm ・本人単身胸上 ・白黒・カラーとも可
フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生(歳)	
現 住 所 ま た は 連 絡 先	(〒 -) ※今後の郵便物の発送先となりますのでご注意ください	
電 話 番 号	() -	
普通運転免許	取得日 年 月 日	

学 歴

最終又は現在	学校名	学部・学科	所在地	修学期間	修学区分
			都道 府県	年 月から 年 月まで	・卒業 ・卒業見込 ・中退

職 歴

	勤務先名	職務内容	所在地	在職期間
最終又は現在			都道 府県	年 月から 年 月まで
医療福祉 関係の職歴			都道 府県	年 月から 年 月まで

資格・免許(見込み含む)

取得年月日	資格・免許	取得年月日	資格・免許
年 月取得		年 月取得	
年 月取得		年 月取得	

この申込書の全ての記載事実に相違ありません。

令和 年 月 日

受験者氏名 (自筆)

Ⓔ

[注]本書は自筆してください。