

令和2年度 社会福祉法人足利市社会福祉協議会職員採用試験申込書

受験番号

職 種	言語聴覚士 保育園保育士 児童養護施設保育士 児童養護施設児童指導員 ※いずれかを○で囲んでください			《写 真 欄》 申込の際は必ず写真を貼ってください。 ○縦4cm×横3cm ○申込前6月以内に撮影 ○上半身・正面・無帽 ○写真裏面に氏名を記入
ふりがな氏名			性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (令和3年4月1日で満 歳)			
ふりがな現住所	〒 - 〒 () 携帯電話 - -			
ふりがな連絡先	〒 - 〒 ()			
※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入				
学 歴	学校名	学部学科	在学期間	卒業等
	中学校	/	昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中(年)
			昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中(年)
			昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中(年)
			昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中(年)
			昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中(年)
就職状況	<input type="checkbox"/> 今まで就職したことはない <input type="checkbox"/> 現在就職している <input type="checkbox"/> 現在就職していない			
職 歴	勤務先(会社名等)	従事した職務内容	在職期間	勤務地
			昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	市・区 町・村
			昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	市・区 町・村
			昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	市・区 町・村
資格免許・ 特殊技能	名称	取得年月(見込)	名称	取得年月(見込)
		昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月
		昭・平・令 年 月		昭・平・令 年 月
志望の動機	----- ----- ----- ----- -----			
宣誓署名	私は、この試験の試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載したことは事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自署) _____			
法人 使用欄	----- ----- -----			

記入上の注意

1. 太枠の中を記入し、欄は該当するものにチェックをしてください。記入は必ず受験者本人が行ってください。
2. 「資格免許・特殊技能」欄は、採用にあたって関係があると思われるものを記入してください。
3. 記載事項に不正(不実記載・事実不記載等)があると、本会職員として採用される資格を失う場合があります。