

令和6年度 社会福祉法人 上越市社会福祉協議会
職員採用試験受験申込書

職 種 (申込職種を選択)	※受付年月日・番号 ※取扱者印	写真(縦4cm横3cm) のりで、貼ってください。		
<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 介護員 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理員		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>写 真</p> <p>・申込前6ヶ月以内に撮影</p> <p>・脱帽、上半身、正面向き</p> <p>・本人と確認できるもの</p> </div> <p style="text-align: right;">写真なし は、受理 できませ ん。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日撮影</p>		
カガナ	生 年 月 日	年 月 日生		
氏 名		令和6年4月1日現在 (歳) 男 ・ 女		
現住所	〒 [電話番号]			
合否通知先	〒 (現住所と異なる場合のみ記入してください)			
学 歴 (中学から)	学 校 名	学 科 名	期 間	該当を○印
			年 月から 年 月まで	卒業
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 中退
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 中退
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 中退
職 歴	勤 務 先 名	所在地(都道府県・区市町村名まで)	職 種	在職期間
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで
				年 月から 年 月まで

- ◎ 記入上の注意
1. 黒ボールペンかインクではっきり記入してください。
 2. ※印欄を除いてすべて記入してください。
 3. 数字は、すべてアラビア数字で記入してください。

資格 ・ 免許	名 称	取得（見込）年月日	発 行 者
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
志望の 動機			
趣味			
特技			
<p>私は、職員採用試験を上記のとおり受験したいので、申し込みます。</p> <p>なお、私は、次に掲げる各号のどれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 成年被後見人、被保佐人、被補助人 ・ 禁固刑以上の刑に処せられ執行を終るまでの者 ・ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又は、その下に成立した政府を暴力で破滅することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者 <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 ㊟</p>			

* 学歴、職歴、資格・免許で記載欄が不足する時は、A4（縦）の用紙に適宜ご記入ください。