

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	〈写真貼付欄〉 ① 写真は、申し込み前6か月以内に、脱帽、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。		
正規職員	氏 名	男 ・ 女			
※ 受験番号	生年月日	年 齢			
	昭和・平成 年 月 日	(令和8年8月1日時点) 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 ()	—				
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	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	()	市 区 町 村	年 月 から 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	()	市 区 町 村	年 月 から 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	()	市 区 町 村	年 月 から 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	()	市 区 町 村	年 月 から 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
免 許 ・ 資 格	名 称	取得 (見込) 年月 (和暦)			
	理学療法士	年 月 取得			
	作業療法士	年 月 取得			
	普通自動車運転免許	年 月 取得			
		年 月 取得・取得見込			
	年 月 取得・取得見込				
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

