

長井市社会福祉協議会職員採用試験受験申込書

主任介護支援専門員

ふりがな		生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		性 別		
氏 名					男 ・ 女		
住 所 (〒) (Tel)						写 真 欄 次のような写真をその裏面全体にのりをつけて貼って下さい。 ・申込前3ヵ月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面向 ・縦4.5cm、横3.5m (年 月撮影)	
学 歴	学校(養成機関)名 (現在・最終)		学部学科	期 間 年 月 ～ 年 月	卒・卒見込 卒 卒見込		
	勤 務 先 (現在・最終)		職務内容	所 在 地	期 間 年 月 ～ 年 月		
職 歴	(その前)				年 月 ～ 年 月		
	(その前)				年 月 ～ 年 月		
	(その前)				年 月 ～ 年 月		
	(その前)				年 月 ～ 年 月		
	(その前)				年 月 ～ 年 月		
資 格	名称		取得(見込)年月日		名称		
	①		年 月 取得 取得見込		③		
	②		年 月 取得 取得見込		④		
試験結果連絡先 (〒) (Tel)						受付月日	
住所							
私は、長井市社会福祉協議会職員採用試験を受験したいので申し込みます。							
なお、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。							
令和 年 月 日							
氏名(自筆)							