

社会福祉法人千代福祉会
平成30年度採用職員 受験申込書

① 氏名	フリガナ				② 試験の種類 *注				
	㊸				職種番号		職種名		
③性別	④ 生年月日				①支援員 ②保育士				
男・女	昭和・平成	年	月	日					
⑤住所	現住所 〒 -				⑥電話番号	TEL () -			
	上記以外の連絡先(帰省先等) 〒 -					<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話等 *上記以外の緊急連絡先 TEL () - 連絡先名 :			
⑦学歴	学 校 名		学部・学科		在 学 期 間		卒業・卒業見込等		
					昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> __学年中退		
					昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> __学年中退		
					昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> __学年中退		
⑧職歴	勤 務 先(所在地)		職務内容		在 職 期 間		職務経験年数		
	()				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで		年 月		
	()				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで		年 月		
	()				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで		年 月		
	()				昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで		年 月		
⑨免許資格	名 称		取得年月日(見込含む)		名 称		取得年月日(見込含む)		
			昭・平 年 月				昭・平 年 月		
			昭・平 年 月				昭・平 年 月		
			昭・平 年 月				昭・平 年 月		

*注 受験する職種番号・職名を所定欄に記入して下さい

【志 望 の 動 機】

【趣 味 ・ 特 技】

私は、社会福祉法人千代福社会職員採用試験を受験したいので申し込みます。
なお、私は、次の各号のいずれにも該当していません。また、この申し込み書
記載事項は、すべて事実と相違ありません。

- (1) 成年被後見人及び被保佐人(準禁治産者を含む)
- (2) 禁こ以上の刑に処せられ、その執行をおわるまで又はその執行を受けること
がなくなるまでの者

氏 名

⑩