

# 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が必要です。 ② 大きさは、縦5cm、横4cm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。		
保健師、看護師	氏 名	男 ・ 女			
※ 受験番号	生年月日	年 齢 <small>(平成31年4月1日時点)</small> 満 歳			
	昭和・平成 年 月 日	満 歳			
現住所 〒	—		平成 年 月 撮影		
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	制度	修学区分
	中学校		昭和 年 月～ 昭和 年 月 平成 年 月～ 平成 年 月	3年制	卒業
			昭和 年 月～ 昭和 年 月 平成 年 月～ 平成 年 月	年制	卒業・卒見 修了・中退
			昭和 年 月～ 昭和 年 月 平成 年 月～ 平成 年 月	年制	卒業・卒見 修了・中退
			昭和 年 月～ 昭和 年 月 平成 年 月～ 平成 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	雇用形態	退職理由
	( )	市 区 町 村	平成 年 月 から 平成 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	( )	市 区 町 村	平成 年 月 から 平成 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	( )	市 区 町 村	平成 年 月 から 平成 年 月 まで	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	最新	市 区 町 村	平成 年 月 から 平成 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			
	保健師	昭和・平成 年 月 取得・取得見込			
	看護師	昭和・平成 年 月 取得・取得見込			
	普通自動車運転免許	昭和・平成 年 月 取得・取得見込			
		昭和・平成 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。					
平成 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

[裏面]

一般事項等

職 種	※ 受験番号
保健師、看護師	

一 般 事 項	志 望 動 機		_____					
	携わりたい仕事 (その理由)		_____					
	特 技		_____					
	趣 味 ・ 娯 楽		ス ポ ー ツ		_____			
	ホ ー ラ ン テ ィ ア 活 動		パ ソ コ ン 操 作		Word できる ・ できない Excel できる ・ できない			
	自分で認める長所		自分で認める短所		_____			
	通勤時間 通勤距離	約 時間 分 k m	扶 養 家 族 数 (配偶者を除く)	人	配 偶 者	有 ・ 無	配 偶 者 の 扶 養 義 務	有 ・ 無

自 己 P R 等	_____						
	_____						
	_____						
	_____						
	_____						
	_____						
	_____						

他の受験先（民間企業等を含む）及び合否決定の時期	①	②
	平成 年 月 日	平成 年 月 日

以上のとおり相違ありません。

氏 名 印

\_\_\_\_\_