

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 が必要で、本人と確認できるもの が必要で、 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。 令和 年 月 撮影		
登録職員	氏 名	男 ・ 女			
※ 受験番号	生年月日	年 齢			
	昭和・平成 年 月 日	(令和7年2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)			
	介護支援専門員	年 月 取得・取得見込			
	社会福祉士	年 月 取得・取得見込			
	保健師	年 月 取得・取得見込			
	看護師	年 月 取得・取得見込			
	普通自動車運転免許	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

[裏面]

職 種	※ 受験番号
登録職員	

一 般 事 項 等

一 般 事 項	志 望 動 機	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
	希望する採用年月日・勤務日(曜日)・勤務時間	希望採用年月日には○印、希望勤務日と希望勤務時間は記載ください 【希望採用年月日】 令和7年 2月1日 3月1日 4月1日 【希望勤務曜日】 【希望勤務時間】					
	特 技						
	趣 味 ・ 娯 楽			ス ポ ー ツ			
	ホヽボランティア活動			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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
他の受験先(民間企業等を含む)及び合否決定の時期	①		②				
	令和 年 月 日		令和 年 月				
以上のとおり相違ありません。							
氏 名 印							
<hr/>							