

社会福祉 人 とちぎ健康福祉協会職員採用試験申込書

(写真欄)
 写真は、受験日前3
 か月以内に帽子を
 つけずに正面か
 ら上半身を写し
 た、縦4cm横3cmの
 ものを貼ってくだ
 さい。
 写真の裏面に氏
 名を記載してくだ
 さい。

区 分 (職 種)	(フリガナ) 氏 名	性 別	生 年 月 日
保健師 看護師・准看護師 作業療法士・理学療法士・ 言語聴覚士		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日 平成30年4月1日現在 満 歳

※いずれかを○で囲んでください。

現 住 所	□ □ □ - □ □ □ □			電 話	
	方 (下宿等の場合は必ず記入してください。)			固定	
				携帯	
呼出 () 方					
連 絡 先	□ □ □ - □ □ □ □			電 話	
	(現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。)			固定	
				携帯	
呼出 () 方					
学 歴					
学 校 名 (最 終 学 校)	学 部 学 科 名	所 在 地 (市町村名まで)	期 間	年 限 等	
			年 月 から 年 月 まで	卒見・卒業・中退 年在学中	
(その前の学校)		(市町村名まで)	年 月 から 年 月 まで	卒業・中退	
(その前の学校)		(市町村名まで)	年 月 から 年 月 まで	卒業・中退	
職 歴 (今までの職歴を全て記入してください。)					
勤 務 先	職 務 内 容	所 在 地 (市町村名まで)	期 間 (年月～年月)		
資 格 ・ 免 許		受 験 の 動 機		就 職 活 動 状 況	
名 称	取 得 (見 込) 年 月 日			当協会以外の就 職活動の有無	
				有 ・ 無	
				当協会の優先順位 位	
趣 味 等	自 己 の 性 格	社 会 活 動 ・ ク ラ ブ 活 動		※ 受 付 月 日	
				※ 受 験 番 号	
上記事項は事実と相違ありません。					
平成 年 月 日			氏 名		Ⓔ

注) 1 ※の欄は記入不要です。
 2 期日・期間については年号で記入してください。