

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)
 受験日前3か月以内に帽子をつけないで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。
 写真裏面に氏名を記載してください。

職種 作業療法士・理学療法士

フリガナ 氏名	生年月日
	昭和・平成 年 月 日生 令和4年4月1日現在 満 歳

現住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道 府県
	方 (下宿等の場合は必ず記入してください。)
連絡先 (現住所と同じ場合は「同上」と記入)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道 府県
電話番号	固定電話 - - 携帯電話 - -
メールアドレス	

学歴 (高等学校等を含め、それ以降在籍していた学校はすべて記載してください。)

学校名	学部学科名	所在地	期間	年限等
(高等学校等)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒見・卒業・中退 年在学中
(その次の学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒見・卒業・中退 年在学中
(その次の学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒見・卒業・中退 年在学中
(その次の学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒見・卒業・中退 年在学中

職歴 (今までの職歴をすべ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)
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで
			年 月から 年 月まで

注) 1 期日・期間については和暦で記入してください。

(裏面に続く)

資格・免許	
取得（見込）年月日	資格・免許の名称
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
志望の動機	
自己の性格	特技、アピールポイントなど
社会活動・クラブ活動	当協会の採用情報の入手先（該当に○。複数可）
	1. 求人サイト（サイト名 _____） 2. マイナビ 3. ハローワーク
面接希望日（希望するところに○をつける。）	4. 協会内事業所
1/22（日）・ 1/23（月）・ どちらでも可	5. 学校 6. その他（ _____ ）
現在の健康状態 （□は✓印をつける。）	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不健康 <input type="checkbox"/> 不健康 既往病名又は症状 _____ 発病した時期 _____
入院歴・半年以上罹患した病歴 （□は✓印をつける。）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ _____
上記事項は事実と相違ありません。	
※ 受付月日	
令和 年 月 日 氏名 (自著)	
※ 受験番号	

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