

※記入の際は、消せないボールペンで記入してください。（消せるボールペンで記入している場合は受付できません。）

【令和6年10月1日採用予定分】

社会福祉法人泉大津市社会福祉協議会職員採用試験申込書

(令和 年 月 日 現在)

職種	受付番号
社会福祉士・精神保健福祉士 主任相談支援専門員・保健師	※記入不要

※受付

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)

写 真
(タテ4cm×ヨコ3cm)
・上半身、脱帽、正面向
きで3ヶ月以内に撮
影したもの
・写真の裏面には、氏名
を記載してください。

現住所	〒()
電話番号(自宅)	
電話番号(携帯)	
連絡先	※ 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の扶養義務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	扶養親族(配偶者除く)	人
通勤方法				通勤時間	
電 車(自宅最寄り駅))	
バ ス(自宅最寄りの停留所))	
自 転 車・徒 歩・その他()	
				約	時間 分

氏名	
----	--

受付番号
※記入不要

学 歴	最終学歴が中学校の人は中学校卒業から記入し、高校・短大・大学の人は高校入学から記入してください。		
	学校名	学部・学科（専攻）名	在学期間
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
職 歴	勤務先名	期 間	
		年 月	～ 年 月
		年 月	～ 年 月
		年 月	～ 年 月
		年 月	～ 年 月
		年 月	～ 年 月
		年 月	～ 年 月
		年 月	～ 年 月

※上記に書ききれない場合は、適宜、別紙を作成して提出してください。

取得（見込）年月	資格・免許（資格・免許については、取得見込みも記入してください。）
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

※上記に書ききれない場合は、適宜、別紙を作成して提出してください。