

社会福祉法人 西宮市社会福祉事業団 <地域包括相談員・保健師看護師>
職員採用試験申込書

(平成 年度採用)

* 末尾の記入上の注意をよく読んで記入してください。

	※受験番号	
ふりがな 氏 名		性 別
		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
現住所	〒 - TEL () -	
上記以外の連絡先	〒 - TEL () -	

写真をはってください

縦5cm×横4cm

(無帽・上半身・正面)

学 歴	在学期間		学校・学部・学科名	制度	修学区分	免許・資格 (資格取得見込みも含む)	名 称 (交付年月日)
	自	年 月 日		3 年制	卒業		(年 月 日)
至		中学校		卒業	(年 月 日)		
自			年制	卒業・卒見 終了・中退	(年 月 日)		
至			年制	卒業・卒見 終了・中退	(年 月 日)		
自			年制	卒業・卒見 終了・中退	(年 月 日)		
至			年制	卒業・卒見 終了・中退	(年 月 日)		
自			年制	卒業・卒見 終了・中退	(年 月 日)		
至			年制	卒業・卒見 終了・中退	(年 月 日)		

職 歴 (在家庭も含む)	在職期間		勤務先名等	所在地 (市町村区名まで)	勤務内容等	退職等の理由
	自	年 月 日				
至						
自						
至						
自						
至						
自						
至						
自						
至						

以上のとおり相違ありません。

年 月 日

氏 名 _____

一 般 事 項	当事業団を志望した理由				
	希望する仕事内容 (職種等)				
	自己PR				
	自分の性格等	長所	短所		
	趣味・娯楽		扶養家族数(配偶者を除く) 人		
	卒業論文研究テーマ (該当なき場合記入不要)		配偶者 有・無	配偶者の 扶養義務 有・無	
	自分ができるものの番号 を○で囲んでください。	1. ワード	2. エクセル	3. 簿記(級)	6. 原動機付自転車
	4. 自動車	5. 自動二輪	7. その他()		
<p>以上のとおり相違ありません(A3袋とじ印刷の場合は、この欄の署名は不要)</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p> <p>_____</p>					

記入上の注意

- ※印の欄を除くすべての事項について、自筆で黒インキ又は黒ボールペンで正確かつ明瞭に記入するとともに、該当箇所を○で囲んでください。
- 学歴は、中学以降から順を追って記入してください。転校の場合は欄をかえて記入し、学校名変更の場合は新名称を旧名称の下にかっこ書きしてください。
- 職歴は、商業・農業・予備校通学、在家庭等の期間も含め、順を追ってすべて記入してください。最終学歴以前の職歴も記入してください。