

受験番号	
------	--

※受験番号欄は、記入する必要はありません。

平成30年度 春日井市社会福祉協議会 正規職員 採用試験受験申込書

(宛先) 春日井市社会福祉協議会会長

受験職種	職 種
	一般職 (主任介護支援専門員又は介護支援専門員)

※介護支援専門員は、介護支援専門員としての実務経験が3年以上の者に限る。

3 cm × 4 cmの写真を貼
り付けてください
(3か月以内のもの)

受験者の情報

フリガナ				
氏 名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日 () 歳
現住所	〒 -			性別
				男・女
電話番号 《自宅・携帯いずれか 必須》	自宅	-	-	送付先 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先 連絡先住所を 記入した場合は 書類の送付 希望先に☑を 入れてください。
携帯	-	-		
連絡先住所 (現住所以外に連絡を希望する 場合は記入してください。)	〒 -			
電話番号 (現住所以外)	扶養家族数 (配偶者を除く)		人	
メールアドレス	配偶者の有無		有・無	

学歴情報 (中学校以上を記入) 《必須》

学 校 名		就 学 期 間	
学部・学科名		卒・見込み等の別	
現 在 (最終)		昭・平	年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		卒 業	卒 業 見 込 み 中 退
(その前)		昭・平	年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		卒 業	中 退
(その前)		昭・平	年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		卒 業	中 退
(その前)		昭・平	年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		卒 業	中 退
(その前)		昭・平	年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		卒 業	中 退
(その前)		昭・平	年 月 日 ~ 昭・平 年 月 日
		卒 業	中 退

職歴情報（職歴がある場合は必ず記入）

勤務先名称		在職期間					
職務内容・役職等		期間（在職期間の合計を記入してください）		正規／非正規の別			
現在 （最終）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	
（その前）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	
（その前）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	
（その前）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	
（その前）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	
（その前）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	
（その前）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	
（その前）		昭・平	年	月	～昭・平	年	月
		年	か月		正規	非正規	

資格・免許 ※受験資格（主任介護支援専門員又は介護支援専門員）について必ず記入すること

名 称		取得（見込み）年月			
普通自動車運転免許	有 無 見込み	昭和・平成	年	月	
主任介護支援専門員	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	
介護支援専門員	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	
	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	
	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	
	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	
	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	
	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	
	取得済 取得見込み	昭和・平成	年	月	

次の事項を確認の上、署名してください。《必須》

上記のとおり、申し込みます。この申込書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。

氏 名 _____

※ 注意事項

- 1 この申込書に虚偽の記載があると、採用後であっても本会職員の職を失うことがあります。
- 2 記入は、本人自筆で全て黒インク（ボールペン可）を用い、楷書で記入してください。