

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
	医療職 (保健師又は看護師)

※看護師は、地域ケア、地域保健等に関する経験があり、かつ高齢者に関する公衆衛生業務経験を1年以上有する者

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	性別	男・女
現 住 所	〒 —		送付先
電話番号 《自宅・携帯いずれか 必須》	自宅 — — 携帯 — —	☐ 現住所 ☐ 連絡先	
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。)	〒 —		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。
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
(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（保健師又は看護師）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
保健師	取得済 取得見込み	昭和・平成 年 月
看護師	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

志望動機・ 担当したい業務	
自己PR	

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。