

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	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
(その前)		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
現 在 (最終)		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
（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
現 在 （最終）		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

志望動機・ 担当したい業務	
自己PR	

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。

※ 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。
- 3 顔写真は、正面向き、上三分身、脱帽、縦4cm×横3cmで、申込前3か月以内に撮影したものを裏面全体にのりをつけて貼ってください。
- 4 写真を貼っていない場合又は不鮮明その他、受験写真として適当でない場合は受理しません。
- 5 この申込書は、返却しません。
- 6 記入された個人情報、本職員採用試験に係る事務で利用する以外に利用、または第三者に提供することはありません。

<当法人の採用情報の取得先を記入してください。> ※試験の合否に一切関係ありません。

- ☐ 春日井市広報 ☐ 本会ホームページ ☐ 大学のキャリアセンター ☐ 大学共同サイト求人受付 NAVI
☐ 求人情報誌 ☐ その他（ ）