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 ㎝×4 ㎝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。
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（中学校以上を古い年月順に記入）《必須》

学　校　名	就 学 期 間
学部・学科名	卒・見込み等の別
	昭・平　年　月　日～昭・平　年　月　日
	卒　業
	昭・平　年　月　日～昭・平　年　月　日
	卒　業　卒業見込み　中　退
	昭・平　年　月　日～昭・平　年　月　日
	卒　業　卒業見込み　中　退
	昭・平　年　月　日～昭・平　年　月　日
	卒　業　卒業見込み　中　退
	昭・平　年　月　日～昭・平　年　月　日
	卒　業　卒業見込み　中　退
	昭・平　年　月　日～昭・平　年　月　日
	卒　業　卒業見込み　中　退
	昭・平　年　月　日～昭・平　年　月　日
	卒　業　卒業見込み　中　退

職歴情報（職歴がある場合は、古い年月順に必ず記入）

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
	昭・平　年　月～昭・平　年　月	
	年　か月	正規　非正規
	昭・平　年　月～昭・平　年　月	
	年　か月	正規　非正規
	昭・平　年　月～昭・平　年　月	
	年　か月	正規　非正規
	昭・平　年　月～昭・平　年　月	
	年　か月	正規　非正規
	昭・平　年　月～昭・平　年　月	
	年　か月	正規　非正規
	昭・平　年　月～昭・平　年　月	
	年　か月	正規　非正規
	昭・平　年　月～昭・平　年　月	
	年　か月	正規　非正規
	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	

次の事項を確認のうえ、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。

３　顔写真は、正面前向き、上三分身、脱帽、縦４㎝×横３㎝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は、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（　　）