

喜多方市社会福祉協議会職員採用候補者試験申込書

1 試験区分	※受験番号 (記載不要)				写 真 (1) 申込みの際は、必ず 写真を貼って下さい。 (2) 申込日の6ヶ月以内 に 撮影した上半身・正面 無帽のもの (縦4.0cm×横3.0cm)
A 福祉総合職員	ふりがな				
	2 氏名				
B 看護職員	3 生年月日 (平成30年4月1日現在)	昭和 平成	年	月	
4 現住所	〒 - 固定電話 () 携帯電話 ()				
5 連絡先	固定電話 ()				
6 学 歴	学校名	学部・学科等	所在地(市区町村まで)	修学期間	該当を○で囲む
	(最終)			年 月から 年 月まで	卒・卒見込・中退
	(その前)			年 月から 年 月まで	卒・卒見込・中退
	(その前)			年 月から 年 月まで	卒・卒見込・中退
7 職 歴	勤務先名称	職務内容	所在地(市区町村まで)	在職期間	
				年 月から 年 月まで	
				年 月から 年 月まで	
				年 月から 年 月まで	
※欄が足りない場合は適宜別用紙に記載し貼付すること					
8 ボランティア活動又は地域貢献活動等の有無	有・無 ※有の場合はその内容を記載				
9 資格免許	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日	
		年 月 取得・見込		年 月 取得・見込	
		年 月 取得・見込		年 月 取得・見込	
		年 月 取得・見込		年 月 取得・見込	
※欄が足りない場合は適宜別用紙に記載し貼付すること					
上記の事項は事実と相違ありません。(この欄は、必ず自筆にて署名してください。)					
平成 年 月 日 氏名 ⑧					

◎次のいずれかに該当する方は受験できません。

- ①日本国籍を有していない方
- ②成年被後見人及び被保佐人
- ③禁錮刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの方
- ④日本国憲法施行の日以後において日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した方

社会福祉法人喜多方市社会福祉協議会
職員採用試験受験票(平成30年度採用)

試験区分	
※受験番号	
(ふりがな) 氏名	

第1次試験日:
平成30年1月13日(土)

受付 9:00～ 9:45
説明 9:45～ 10:00
試験 10:00～ 11:30

試験会場
喜多方市総合福祉センター

写 真

タテ 40mm×ヨコ 30mm

※受験票を受け取って
から写真を貼付して、試
験当日持参すること

※注意事項

はがきの表面に
は申込者の住所・
氏名を記載するこ
と

受 験 心 得

- 1 受験の際は必ず本票を持参して受付終了までにおいでください。
遅刻した場合は受験できません。
- 2 受験当日は鉛筆(HB以上の濃いもの)、消しゴムを必ず持参してく
ださい。
- 3 官製・私製はがきに印刷するか、印刷してはがきに貼付すること。