

# 社会福祉法人 知立市社会福祉協議会特別任用職員採用試験申込書

私は、社会福祉法人知立市社会福祉協議会特別任用職員採用試験に申し込みます。

なお、記載事項は、事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

受付印及び番号	※この欄は記入しないこと
---------	--------------

職 種	障害者相談支援専門員			
氏 名	ふりがな	男・女	年 月 日 撮影	
			写真添付欄  ・ 6 カ月以内に撮影した上半身のもの ・ 写真の裏に氏名を書くこと	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)			
現住所	〒 _____			
連絡先	電話番号 ( )			
学 歴	学 校 名 (学部・学科)	在 学 期 間	付 記	
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
関 連 資 格	チェック	資格名称	取得年月	備 考
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
※ 所持する資格のチェック欄に○印をつけ（複数可）、その資格証の写しを添付してください。				

資格免許等（表に記入した資格以外に所持する資格・免許等）

名 称	取 得 年 月	名 称	取 得 年 月
普通自動車免許（有・無）	年 月		年 月
	年 月		年 月
	年 月		年 月

職    歴	職 歴（会社名）	在 職 期 間	身 分 (正職・パート等)	担当した仕事の内容
		年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 年 月		

通勤時間 約 時間 分

応 募 の 動 機	

趣 味 特 技	

自 己 P R 及 び 希 望	