

下松市育児休業代替任期付職員採用候補者登録試験  
受験申込書

試験職種	社会福祉士・保健師		※ 受験番号			
ふりがな		性別	生年月日			<p style="text-align: center;">写真添付欄</p> <p>写真は、申込前3か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きのもので、縦4.5cm×横3.5cmの大きさとします。</p> <p style="text-align: right;">令和2年 月 日撮影</p>
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日 (令和2年9月16日現在 歳)			
現住所	〒 - 携帯電話 ( ) - 電話 ( ) -					
緊急連絡先	〒 - 電話 ( ) -					
注：現住所と同じ場合は「同上」と記入すること。						
PCメールアドレス	@					
注：ハイフン「-」とアンダーバー「_」、数字、アルファベットについては、分かりやすく明瞭に記入すること。						
試験職種に関する免許・資格の名称				取得年月		
社会福祉士資格・保健師資格				昭和・平成 年 月 取得		
学 歴	学 校 名	学部名	学科名	所在地 (区市町村まで)	在学期間	修学区分
	現在(最終)				年 月から 年 月まで	卒業・在学 卒業・中退
	その前				年 月から 年 月まで	卒業・中退
	その前の前				年 月から 年 月まで	卒業・中退
職 歴	勤 務 先 (部・課名まで)		所在地(区市町村まで)		在職期間	職務内容
	現在(最終)				年 月から 年 月まで	
	その前				年 月から 年 月まで	
	その前の前				年 月から 年 月まで	

事務処理欄					
※受付日	月 日	※申込方法	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送	※受付番号	
※書類等	<input type="checkbox"/> 社会福祉士または保健師資格証の写し <input type="checkbox"/> 返信用封筒			※受付者	

※印欄には記入しないでください。