

社会福祉法人伊方町社会福祉協議会 職 員 採用試験申込書		※受付番号	※受付年月日	※受験番号
(写真欄) 3か月以内に 撮影した正面上半身 無帽の写真	職 種			
	介護支援専門員(ケアマネージャー)			
	ふりがな 氏 名			性 別
	生年月日 年 月 日生 (満 才)			
現住所				
郵便番号 ー 電話				
帰省先(現住所と異なる場合)				
郵便番号 ー 電話				
学 歴 (中学校以上の学歴から最終学校まで記入)				
学校名	部科名及び 昼夜間の別	所在地(町名まで記入)	期間	該当を○で囲む
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 年中退 年在学
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 年中退 年在学
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 年中退 年在学
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 年中退 年在学
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 年中退 年在学
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 年中退 年在学
賞 罰				
職 歴 (最終学歴後もれなく古い順に記入のこと)				
勤務先名称	職務内容	所在地(勤務部課等詳細に記入)	在職期間	
			年 月から 年 月 年 月まで	
			年 月から 年 月 年 月まで	
			年 月から 年 月 年 月まで	
			年 月から 年 月 年 月まで	
			年 月から 年 月 年 月まで	

※記入上の注意: 青又は黒のインク、ボールペンで記入すること。※欄は記入しない。

年	月	免 許 ・ 資 格	
専攻科目		得意な科目	クラブ活動
趣味・特技			
志望した理由			
<p>私は次のいずれにも該当しておりません。また、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。</p> <p>(1) 成年被後見人又は被補佐人（準禁治産者を含む。）</p> <p>(2) 禁錮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者</p> <p>(3) 社会福祉法人伊方町社会福祉協議会職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者</p> <p>(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団体を結成し、又は加入した者</p>			
<div>令和 年 月 日</div> <div>氏 名（自署）㊟</div>			

※記載事項に不正があれば職員として採用される資格を失います。