

写 真

1. 写真 (40^{mm}×30^{mm})
を貼ってください。
2. 正面・上半身・脱
帽で半年以内の撮影

社会福祉法人寝屋川市社会福祉協議会

職 員 採 用 試 験 申 込 書

※記入しないでください

ふりがな				
本人氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別	男・女	
現住所	〒 - TEL () -			
連絡先 (試験結果 通知先)	〒 - TEL () -			
学 歴 (受験に必要 な最終学歴)	学校名			
	学部名	学科名		
	卒業年月	平成 令和	年 月 卒業・卒業見込	
資格・免許	①	取得(見込)年月日	平成 令和	年 月 日 取得・取得見込
		資格・免許名		
	②	取得(見込)年月日	平成 令和	年 月 日 取得・取得見込
		資格・免許名		
	③	取得(見込)年月日	平成 令和	年 月 日 取得・取得見込
		資格・免許名		
志望動機				
成績の開示希望	する・しない			