

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
- ※メール申込は別途データ送付

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 (歳)		
現住所	〒 - Tel () -		
メールアドレス			
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 年 月 卒業 ・ 卒業見込 令和	
資格・免許	①	取得(見込)年月日	平成 年 月 日 取得・取得見込 令和
		資格・免許名	
	②	取得(見込)年月日	平成 年 月 日 取得・取得見込 令和
		資格・免許名	
	③	取得(見込)年月日	平成 年 月 日 取得・取得見込 令和
		資格・免許名	
通勤時間	約 時間 分		
扶養親族 (配偶者除く)	人		
配偶者	有 ・ 無	配偶者の扶養義務	有・無
成績の開示希望	する ・ しない		

*裏面あり

