

令和8年4月採用 社会福祉法人 新十津川町社会福祉協議会
受験申込書(正規職員(介護支援専門員)採用試験)

氏名	(フリガナ)		※性別	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	受験番号	
現住所	(〒 -)						写真貼付 (直近3か月以内に撮影) 縦4cm×横3cm ※写真の裏面に 氏名を記入ください。	
通知先	(〒 -) ※合否通知等の送付先。現住所と同じ場合は、「同上」と記入							
連絡先	電話番号	携帯		自宅				
	e-mail							
学歴	学校名・学部・学科・専攻 ※高校以上から順に記入してください。			昼・夜等の別		制度	在学期間	区分
				<input type="checkbox"/> 昼(1部) <input type="checkbox"/> 夜(2部) <input type="checkbox"/> 通信		年制	年 月から	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退
	<input type="checkbox"/> 昼(1部) <input type="checkbox"/> 夜(2部) <input type="checkbox"/> 通信		年制	年 月から	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退			
	<input type="checkbox"/> 昼(1部) <input type="checkbox"/> 夜(2部) <input type="checkbox"/> 通信			年制	年 月から	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
	<input type="checkbox"/> 昼(1部) <input type="checkbox"/> 夜(2部) <input type="checkbox"/> 通信		年制		年 月から	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
	<input type="checkbox"/> 昼(1部) <input type="checkbox"/> 夜(2部) <input type="checkbox"/> 通信			年制	年 月から	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退		
職歴	勤務先(部・課・営業所等)所在地(市町村) ※最初の職から順に記入してください。				正社員・アルバイト等		職務内容	在職期間
				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他()		年 月まで		
	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他()			年 月まで				
	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他()			年 月まで				
	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他()			年 月まで				
	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他()			年 月まで				
資格・免許	種類・名称	取得年月 (見込を含む)	種類・名称	取得年月 (見込を含む)	種類・名称	取得年月 (見込を含む)		
備考	試験を受験する際に必要な配慮(ご希望に沿えない場合もありますので、ご了承ください。)							
私は、社会福祉法人新十津川町社会福祉協議会職員採用試験を受けたいので申し込みます。また、私は、当該試験受験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項は、事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自署) _____							受付印	
							担当者印	

※「性別」欄:記載は任意です。未記載とすることも可能です。