

受 験 申 込 書

		※ 受験番号	※ 受付年月日
			平成 年 月 日
ふりがな		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)
氏 名			
現住所	〒	自 宅 電 話 番 号	

受 験 す る 職 種 一 つ を ○ で 囲 ん で く だ さ い 。

職 種	
	介護職員

最終学校名	学校所在地	在学期間	卒業年月日
		年	

現勤務先・職業	所 在 地	在職期間	職務内容
		年	

上記のとおり宝達志水町社会福祉協議会職員採用試験の受験を申し込みます。

平成 年 月 日

氏 名



宝達志水町社会福祉協議会 会長 松 田 正 晴 様

- (注) 1 ※印欄を除き、黒インク又は黒ボールペンで記入してください。
2 受験資格がない場合や受験申込書等の記載事項に虚偽又は不正があると判明した場合には、合格を取り消します。