

令和7年度 社会福祉法人瀬戸内市社会福祉協議会
嘱託職員（地域包括支援センター保健師・看護師）採用 申込書

写真を貼ってください

縦 40 mm

横 30 mm

（無帽・正面・上半身）

※3カ月以内撮影のもの

氏名	ふりがな		※ 受験番号		
			(記入不要)		
性別	(記入は任意)	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
現住所	ふりがな				
	〒				
電話番号		()	携帯番号		
学校名		学部名	学科名	在学期間	区 別
学歴	最終	学部	学科	年 月 日から 年 月 日まで	☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込
	その前	学部	学科	年 月 日から 年 月 日まで	☐ 卒業 ☐ 中退
	その前	学部	学科	年 月 日から 年 月 日まで	☐ 卒業 ☐ 中退
職歴	勤務先（部課名まで）		職 種		在職期間
					年 月 ～ 年 月
					年 月 ～ 年 月
					年 月 ～ 年 月
資格免許	名 称		取得年月日		健康状態 ☐ 良 好 ☐ 普 通 ☐ その他 ()
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
志望動機					
自己PR					
趣味・特技など					
本書の記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 印					

【記入上の注意】

1. 記入はすべて本人の自筆により、黒インクまたはボールペンで丁寧に記入してください。（但し、「※受験番号」欄を除く）
2. 学歴欄は3校全て記入してください。
3. ※印欄を除くすべての欄にもれなく記入し、□の中に該当するものに☑印を付けてください。
4. 記載事項に不正があると、合格しても採用される資格を失います。