

令和4年度社会福祉法人秋田県身体障害者福祉協会第2回職員採用試験受験申込書

【試験区分】(下記の試験区分を○で囲むこと)			※受験番号	
・試験区分【①支援員 ②管理栄養士】				
フリガナ	性別	男・女 (○で囲む)		
氏名				
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)				
現住所 (郵便番号 -)		(自宅電話 - -)		
		(携帯電話 - -)		
連絡先 (郵便番号 -)		(自宅電話 - -)		
※帰省先など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入してください。				
通知書等郵送先(当法人からの合格通知等の文書の送付先を○で囲んでください。) 現住所 ・ 連絡先				
学歴：最終学歴を最上欄に書き、その前の学歴を最近のものから順に中学校まで書いてください。				
学校名	学部科名	所在地	期間	修学区分(○で囲む)
			年 月から 年 月まで	卒 卒見込 年在学 年中退
			年 月から 年 月まで	卒 年在学 年中退
			年 月から 年 月まで	卒 年在学 年中退
			年 月から 年 月まで	卒 年在学 年中退

職歴：就職したことが ある ない (○で囲む) ※最近のものから順に3か所まで書いてください。

勤務先(部課・職名)	勤務先の住所(番地まで)	職務内容	在職期間
(正職員・準職員・派遣)			年 月から 年 月まで
(正職員・準職員・派遣)			年 月から 年 月まで
(正職員・準職員・派遣)			年 月から 年 月まで