

社会福祉法人村上岩船福祉会  
職 員 採 用 試 験 申 込 書

選 択 職 種		※受 験 番 号	※受 付 年 月 日	写真貼付箇所 受験申込日前3ヶ月 以内に撮影した上半 身脱帽正面向の写真 (3.0cm×4.0cm)
ふりがな				男 ・ 女
氏 名				
生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)			
現 住 所	〒  (電話 - - )			
合否通知先	〒  (電話 - - )			
学 歴 (高校以上)	学 校 名	学 科 名	修 学 期 間	該当を○で囲む
			年 月～ 年 月	卒業・卒見込・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見込・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見込・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見込・中退
職 歴  ( 自宅、自営業も含め順に記載する )	勤 務 先	所 在 地	在 職 期 間	退 職 理 由
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	

〈記入上の注意〉

1. 選択職種欄は、募集要項の職種欄の中から希望職種1つだけ記入してください。
2. ※欄を除きすべて記入してください。(裏面もあります。)
3. 記入もれがある場合、記名押印のない場合は受け付けません。
4. 楷書で黒インクまたは、ボールペンで記入してください。
5. 記載事項に不正がある場合は採用の資格を失うことがあります。

