

嬉野市任期付職員(介護支援専門員)採用試験申込書

※受付番号

職種	介護支援専門員			写 真 【パスポートサイズ】 縦4.5cm×横3.5cm 上向、上半身、脱帽、 試験日前3カ月以内に 撮影したもの
ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月	
	日生(満歳)			
ふりがな				電話
現住所				携帯電話
ふりがな				緊急連絡先
連絡先	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)			
				方

学 歴			
学校名	学部学科名	在学期間	年限等
(最終学校)		昭和・平成 年 月から	年課程
		昭和・平成 年 月まで	卒見込・卒業・中退
(その前の学校)		昭和・平成 年 月から	年課程
		昭和・平成 年 月まで	卒業・中退
(その前の学校)		昭和・平成 年 月から	年課程
		昭和・平成 年 月まで	卒業・中退
職歴(主たるものを最大5つ)について記入してください。		職務経験通算期間	年 月
勤務先	所属部署・役職等	具体的職務内容	在職期間
1 現在(最近)			年 月～ 年 月 (年 月)
2 その前			年 月～ 年 月 (年 月)

注意>本書はすべて自書し、記載もれや印もれのないように確認しご提出ください。

勤務先	所属部署・ 役職等	具体的職務内容	在職期間
3 その前			年 月～ 年 月 (年 カ月)
4 その前			年 月～ 年 月 (年 カ月)
5 その前			年 月～ 年 月 (年 カ月)
年	月	免許・資格	

特技、好きな学科など 	通勤時間	
	扶養家族数(配偶者を除く)	
	配偶者	配偶者の扶養義務
私は、採用試験に申し込みますが、 この申込書の記載事項に相違はありません。		※受付日付印
平成28年 月 日 氏 名		⑩

注意>※欄は記入しないでください。