

社会福祉法人 大台町社会福祉協議会 嘱託・臨時職員採用申込書

氏名(フリガナ)		生年月日・年齢		性別	*受験番号
		年	月	日生	※記載は任意です。
		(申し込み日現在 満		歳)	
現住所	〒 電話番号				写 真 3ヵ月以内に撮影したものの
連絡先	〒 電話番号				
学 歴					
(最終学歴) 学校名		学部学科		期間	区分
				年 月から	卒業・卒業見込
				年 月まで	
職 歴					
直近勤務先		勤務内容		在職期間	所在市町
				年 月から	
				年 月まで	
資格・免許				* 受付印	
取得資格名及び取得年月日を記入してください					

健康状況申告書	身長	体重	視力		聴力		
	cm	kg	右	左	右	左	

現在の状況	治療中	症状	
	治療無し		

直近の健康診断から記入してください。

添付書類
資格証の写し

社会福祉法人 大台町社会福祉協議会 嘱託・臨時職員採用について、上記のとおり申込みます。

令和 年 月 日

氏 名

(印)