

明石市社会福祉協議会職員採用試験申込書①

※年月日欄は全て西暦で記入すること

受付	氏名	ふりがな		職種コード	受験番号					
				介護予防支援 ケアマネジメント専任者						
生年月日		年	月	日	年齢	歳	※2026年4月1日現在			
現住所	〒		ふりがな							
	[TEL ()]		- []		(自宅・携帯)					
連絡先	〒		ふりがな							
	[TEL ()]		- []		(自宅・携帯)					
学歴	学校		学部		学科		在学期間		修学年数等	
	中 学 校						自 年 月 日 至 年 月 日		3年 卒業	
							自 年 月 日 至 年 月 日		年制 卒業 中退 卒業見込	
							自 年 月 日 至 年 月 日		年制 卒業 中退 卒業見込	
							自 年 月 日 至 年 月 日		年制 卒業 中退 卒業見込	
職歴 (新↓旧)	勤務先		正規・非正規の別 <input checked="" type="checkbox"/>		所在地		担当内容		在職期間	
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規						自 年 月 日 至 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規						自 年 月 日 至 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規						自 年 月 日 至 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規						自 年 月 日 至 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規						自 年 月 日 至 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規						自 年 月 日 至 年 月 日	
障がいの有無		有・無 部位・内容() ※可能な範囲で記載してください								
資格免許	名 称				取得年月日					
	普通自動車免許				年 月 日					
					年 月 日					
				年 月 日						