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	※2027年4月1日時点		

現住所	〒□□□－□□□□　ふりがな ［TEL（　　）　－　　］（自宅・携帯）	写真 縦4cm×横3cm 申し込み前3ヶ月以内に撮影のもの
連絡先	〒□□□－□□□□　ふりがな ［TEL（　　）　－　　］（自宅・携帯）	

	学校	学部	学科	在学期間	修学年数等	
学歴	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☑	所在地	担当内容	在職期間
		□ 正規 □ 非正規			自　年　月　日 至　年　月　日
		□ 正規 □ 非正規			自　年　月　日 至　年　月　日
		□ 正規 □ 非正規			自　年　月　日 至　年　月　日
		□ 正規 □ 非正規			自　年　月　日 至　年　月　日
		□ 正規 □ 非正規			自　年　月　日 至　年　月　日
		□ 正規 □ 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