

雄武町職員(介護支援専門員)採用試験申込書

〈写真貼付欄〉
①写真は3カ月以内に撮影したものが必要です。
②大きさは、縦4cm、横3cmです。

ふりがな	
氏名	
昭和・平成 年 月 日生(満 歳) ※男・女	

ふりがな		(電話)
現住所	〒	(携帯電話)
連絡先(実家)	〒	(電話)
メールアドレス		

学歴	学校名	学部・学科名	在学期間	修学年限	修学区分
		中学校		自:平成 年 月 至:平成 年 月	3年
			自:平成 年 月 至:平成 年 月	年	卒・卒見・中退
			自:平成 年 月 至:平成 年 月	年	卒・卒見・中退
			自:平成 年 月 至:平成 年 月	年	卒・卒見・中退

職歴	勤務先(携わっていた業務内容)	在職期間	雇用形態	所在地(市町村まで)	退職理由
	()		自:平成 年 月 至:平成 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
()		自:平成 年 月 至:平成 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
()		自:平成 年 月 至:平成 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
()		自:平成 年 月 至:平成 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
()		自:平成 年 月 至:平成 年 月	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ()		

資格・免許	名称	取得年月日	名称	取得年月日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日

年	月	賞	罰

得意の学科		趣味・スポーツ・特技等						
健康状態	1 何か身体上の障害はありますか。 有()・無 2 過去に大きな病気をしたことがありますか。 有()・無 3 現在治療中の病気はありますか。 有()・無 ※「有」の場合には、()内に具体的に記入してください。							
あなたが認める長所		あなたが認める短所						
家族	氏名	年齢	続柄	職業	氏名	年齢	続柄	職業
志望の動機								

申込書の記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

申込者氏名 (本人自署)

記載上の注意 ①鉛筆以外の黒の筆記具(インク又はボールペン)で書いてください。
②数字は算用数字で、文字は楷書でいねいに書いてください。
③記載事項に不正があるときは、採用資格を失うことがあります。

※この資料は、雄武町臨時職員採用試験以外には使用しません。