平成29年度実施　社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

作業療法士・言語聴覚士採用試験受験申込書

受験職種欄	【正規職員】 □ 作業療法士　□ 言語聴覚士 【任期付職員】 □ 作業療法士　□ 言語聴覚士 ※希望する採用形態の欄に○を記入して下さい。 ※正規職員、任期付職員のどちらも希望する場合は、受験する職種の両方に○を記入してください。		
フリガナ		性別	受験番号※
氏　名		男・女	
生年月日	S・H　年　月　日生（平成30年4月1日現在　満　歳）	配偶者　有・無	扶養家族数　人
フリガナ			写真を貼ってください（4.0cm×3.5cm）申請以前6箇月以内の写真で上半身・無帽・正面向
現住所（通知先）	〒　TEL（　）－　－		
フリガナ			
連絡先（現住所以外に連絡を希望する場合）	〒　TEL（　）－　－		
携帯電話			
E-mail	PC		
	Mobile		

※受験番号は記入しないでください。

	学校名/学部学科	在学期間（卒業見込期間も記入）	区分
学歴 最終学校から順に記入（在学中の学校名も記入してください）		年　月から 年　月まで　年	卒業・卒見・中退
		年　月から 年　月まで　年	卒業・卒見・中退
		年　月から 年　月まで　年	卒業・卒見・中退
	中学校	年　月から 年　月まで　年	卒業

	勤務先	在籍期間	担当業務
職歴 （新しい職歴から順に記入）		年　月から 年　月まで　年　月	
		□正社員　□契約社員　□パート　□その他（　）	
		年　月から 年　月まで　年　月	
		□正社員　□契約社員　□パート　□その他（　）	
		年　月から 年　月まで　年　月	
		□正社員　□契約社員　□パート　□その他（　）	
		年　月から 年　月まで　年　月	
		□正社員　□契約社員　□パート　□その他（　）	

	名称	取得（見込）年月日	区分
資格免許		年　月	取得・取得見込
		年　月	取得・取得見込

私は、上記採用試験を受験したいので本書のとおり申し込みます。また、この受験申込書記載事項に相違ありません。

平成　年　月　日

氏名　　印（必ず署名・押印してください）