

平成30年度実施 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
理学療法士・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】 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士 【任期付職員】 ☐ 理学療法士 ☐ 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31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)	学校名/学部学科	在学期間(卒業見込期間も記入)	区分
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
		年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退
	中学校	年 月から 年 月まで	卒業

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

賞罰 ある場合は賞罰内容・年月日を記入	☐ あり ☐ なし	
	賞罰内容	年月日
		年 月
		年 月

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

私は、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)