

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・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 ☐ 言語聴覚士 【任期付職員】 ☐ 理学療法士 ☐ 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 月から 年 月まで	
		☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート ☐ その他()	
		年 月から 年 月まで	
		☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート ☐ その他()	
		年 月から 年 月まで	
		☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート ☐ その他()	
		年 月から 年 月まで	
		☐ 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	□ある ・ □ない	
	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

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)