

令和元年度実施 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	<p style="text-align: center;">【正規職員】</p> <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <p style="text-align: center;">【任期付職員】</p> <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <p>※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。</p>			
フリガナ			性別	受験番号※
氏名			男・女	
生年月日	S・H 年 月 日生(令和2年3月31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	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
		年 月から 年 月まで	

	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 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	

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

	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
		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。

令和 年 月 日

氏名

印 (必ず署名・押印してください)