

No.	(受付用)
-----	-------

令和2年度社会福祉法人南三陸町社会福祉協議会  
職員採用試験受験申込書

写真貼付  
上半身・脱帽・  
正面向き  
たて よこ  
4cm × 3cm

申込期日	令和 年 月 日	職 種	看護職又はリハビリ専門職			
氏 名	(ふりがな)	印	生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)	性別	男・女

現住所 (〒 - )	電話 ( ) -
合格通知の連絡先 (〒 - )	電話 ( ) - 携帯番号

○学歴 最終学歴とその前一つ(専修学校を含む。)を最近のものから記入してください。

学 校 名	学部・学科名	在 学 期 間	○で囲む
最終学校		S・H 年 月から S・H 年 月まで	卒 業 ・ 卒業見込み
最終学校の前の学校		S・H 年 月から S・H 年 月まで	卒 業 ・ 修 了
通信教育等(上記と並行して履修したもの)		S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	卒 業 ・ 卒業見込み

○免許、資格及び受験資格も含めて記入してください。

名 称	取得年月日	名 称	取得年月日
	S・H・R 年 月 取得		S・H・R 年 月 取得
	S・H・R 年 月 取得		S・H・R 年 月 取得
	S・H・R 年 月 取得		S・H・R 年 月 取得

○職歴 最近のものから記入してください。

勤 務 先 名	所在地(市町まで)	在 職 期 間	職 務 内 容
		S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	
		S・H・R 年 月から S・H・R 年 月まで	

○試験で配慮してほしい点(車いす等)