

写 真

- 1. 写真 (40<sup>mm</sup>×30<sup>mm</sup>) を貼ってください。
- 2. 正面・上半身・脱帽で半年以内の撮影

社会福祉法人寝屋川市社会福祉協議会

職 員 採 用 試 験 申 込 書

※記入しないでください

ふりがな			
本人氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	性別	男・女
現住所	〒 - TEL ( ) -		
連絡先 (試験結果通知先)	〒 - TEL ( ) -		
学 歴 (受験に必要な最終学歴)	学校名		
	学部名	学科名	
	卒業年月	昭和 平成 年 月 卒業	卒業見込
資格・免許	①	取得(見込)年月日	昭和 平成 年 月 日 取得・取得見込
		資格・免許名	
	②	取得(見込)年月日	昭和 平成 年 月 日 取得・取得見込
		資格・免許名	
	③	取得(見込)年月日	昭和 平成 年 月 日 取得・取得見込
		資格・免許名	
自己PR			
成績の開示希望	する・しない		