

会計年度高齢者福祉相談員 受験申込書

(写真)

最近 3か月以内に
撮影されたもの(裏面
に氏名を記載)を
貼付してください

(4 cm× 3 cm)

ふりがな		生年 月 日 (西暦 年 月 日生 (歳)	
氏 名			
現住所	〒		TEL
現住所 以外の 連絡先	*現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入 〒		TEL

会計年度高齢者福祉相談員募集要項の2の(1)に記載されている受験資格の該当する経験等を記入してください

受験資格(1) のア および その他の 資格・免許	年	月	資 格 ・ 免 許	
受験資格(1) のイ について	勤務先			
	従事した 業務内容			
	従事期間			
志望する理由				

学 歴	期 間		学 校 名	学 部 ・ 学 科 名
	年 年	月から 月まで	中学校	
	年 年	月から 月まで		
	年 年	月から 月まで		
	年 年	月から 月まで		
	年 年	月から 月まで		

記入上の注意(裏面も同じ)

- ①記入は本人の自筆で、黒インクまたは黒ボールペンを用いてください。
- ②楷書で、略字を使用せず丁寧に記入してください。数字は算用数字を使用してください。
- ③学歴・職歴は古いものから順に記入してください。学歴は学部・学科等も記入してください。

