

千種区会計年度介護予防推進員 採用選考試験申込書

令和 年 月 日現在

写真貼付
(4cm×3cm)6 か月以内の脱帽、正
面、顔写真

ふりがな			昭和 年 月 日生 平成
氏 名			
ふりがな			電話 () —
現 住 所	〒		携帯 () —
ふりがな			電話 () —
連 絡 先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		携帯 () —
学 歴	期 間	学 校 名	学部・学科名
	年 月から 年 月まで	高等学校	
	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		
職 歴	期 間	勤 務 先	職 務 内 容
	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		

資 格 ・ 免 許	名 称	取 扱 機 関	取 得 年 月 日
特 技 ・ 趣 味 な ど			
志 望 の 動 機			
自 由 記 入 欄			
<p>私は、千種区会計年度介護予防推進員採用選考試験を受験したいので、試験案内の記載事項をすべて了承のうえ、申し込みます。</p> <p>なお、私は、試験案内に掲げてある受験資格等をすべて満たしており、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日 氏 名 （自筆）</p>			

※記入には、黒のインクかボールペンを使用してください。