

平成30年度 函館市社会福祉協議会職員採用試験申込書（大学・短大・専門学校）

(写真)

※3箇月以内に撮影したもので、正面、無帽、無背景の写真

縦45ミリ×横35ミリ

平成 年 月 日撮影

試験会場	職種	受付年月日		受験番号
*	* 正職員	* 平成 年 月 日	* 印	*

*欄は記入しないでください。

社会福祉法人函館市社会福祉協議会

ふりがな		性別
氏 名		男・女
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	

ふりがな

本人の現住所
〒 方
TEL () -

連絡先（帰省地等）
〒 方
TEL () -

学歴

学 校 名	学部・学科名	所在地（町村まで）	在学期間	○で囲む
現在（最終）			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・修了・ 卒見込
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・修了・ 卒見込
			昭・平 年 月から 昭・平 年 月まで	卒・修了・ 卒見込

免許・資格（運転免許・簿記等）

取得年月	資格等の名称
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	
昭・平 年 月	

在学中最も得意とした学科		ボランティア活動の有無とその内容	
		有・無	
特技・趣味			
志望の動機			
扶養家族数（配偶者を除く） 人		配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無
保護者（本人が未成年者の場合のみ記入）			
ふりがな			電話
氏 名	住 所 〒		
以上のとおり相異ありません			
平成 年 月 日 本人氏名（自筆） 印			
【記載上の注意】			
1 記載事項に不正があった場合は、函館市社会福祉協議会職員として採用される資格を失います。			
2 必要事項をもれなく記入してください。			
3 記入は全て黒インクか黒ボールペンをうい、かい書で丁寧に書いてください。数字は、算用数字を用いてください。			
4 住居を変更した場合はすぐに通知してください。			