

平成29年度水俣市社会福祉協議会職員（保健師等）採用試験申込書

受験 番号	※ B	ふりがな 氏名		性別	男・女	写真（3cm×4cm 程度）を貼付して ください。 （平成 年 月撮影）
生年月日	年 月 日（平成29年4月1日現在満 歳）					
現住所	（〒 - ） TEL（ ） -					
連絡先	（〒 - ） TEL（ ） -					
学 歴	在学期間	学 校	学部学科名	所在地 (都道府県)	区 分	
	年 月から 年 月まで	中学校	—		卒業	
	年 月から 年 月まで				卒、卒見込、 中退、その他	
	年 月から 年 月まで				卒、卒見込、 中退、その他	
	年 月から 年 月まで				卒、卒見込、 中退、その他	
職 歴	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	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで		
免許 資格 等	年 月取得	年 月取得	年 月取得	年 月取得		
	年 月取得	年 月取得	年 月取得	年 月取得		
<p>その他参考になる経歴(趣味、特技、ボランティア・スポーツ・文化活動等)があれば具体的に記入してください。</p>						

この申込書のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

申込者氏名

㊞

(注) ※看護師の方は、職歴欄に**地域ケア経験時**の職歴を必ず記載ください。

※欄を除きすべての欄に楷書・ボールペン書きで記入してください。

平成29年度水俣市社会福祉協議会職員（保健師等）採用試験受験票

※受験番号 B	
ふりがな 氏名	本籍 都道 府県
生年月日 年 月 日	性別 男 ・ 女

(注意事項)

- 1 ※欄を除くすべての欄に記入してください。
- 2 本票を紛失した場合は速やかに申し出てください。

(備考)

- 1 第1次試験 日時 平成29年10月15日（日）
 - ・受付 午前 8時15分から午前8時45分
 - ・教養試験 午前 9時00分から午前11時00分
 - ・職場適応性検査 午前11時20分から午前11時40分場所 水俣市総合もやい直しセンター1階
水俣市社会福祉協議会 会議室

- 2 第2次試験 第1次試験合格者に通知します。

- 3 採用試験についての問い合わせ先

〒867-0005

水俣市牧ノ内3番1号 水俣市総合もやい直しセンター内
水俣市社会福祉協議会総務課総務係

TEL 0966-63-2047