

社会福祉法人 くすのき 職員採用試験受験申込書

社会福祉法人 くすのき

※受験番号	ふりがな	平成 年 月 日生		
	氏 名	昭和 満 歳 男・女		
現住所	(〒 -)	TEL 携帯		
連絡先 <small>(上記以外の場合)</small>	(〒 -)	TEL		
学 歴 現在(最終)	学校・学部・学科等名	在学期間	在学年数	就学区分
		年 月から 年 月まで	年間	卒・中退 卒業見込
資格免許	資格・免許等の名称	取得済又は見込の区分	取得(見込)年月	
	介護福祉士			
職 歴	名 称	在職期間		勤務内容
		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		
<p>社会福祉法人くすのき職員採用試験を受験したいので、申し込みます。</p> <p>なお、私は次のいずれにも該当しておりません。また、この申込書のすべての記載事項は、事実と相違ありません。</p> <p>① 成年被後見人又は被保佐人</p> <p>② 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者</p> <p>③ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p>				

受
験
票

写真欄
6カ月以内に
撮影したもの
(正面・脱帽)

※受験番号	職員採用試験
※試験会場 及び開始時間	障害者支援施設 くすのき園 会議室 試験開始: 令和2年10月27日(火)午後2時
ふりがな 氏 名	