

令和 7 年度採用

社会福祉法人阿賀町社会福祉協議会職員採用試験受験申込書

				※整理番号	
職種		受験番号			
氏名 (ふりがな)			生年月日 昭和 平成 年 月 日	写真 • 縦 4 cm × 横 3 cm • 3か月以内撮影 • 脱帽、上半身、 正面向き 撮影日 年 月 日	
住所	郵便番号		—		
連絡先 電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	—	—		
現在の勤務先					
最終学歴	学校名	学部学科名	在学期間	該当に○印	
			年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退	
(その前)			年 月から 年 月まで	卒業・卒見・中退	
所有する資格			取得年月日	年 月 日	

私は(福)阿賀町社会福祉協議会採用試験を受験したいので申し込みます。なお、私は次に掲げる各号のどれにも該当していません。また、この申込書及び履歴書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

- (1) 成年被後見人及び被保佐人、被補助人
- (2) 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又は執行を受けることがなくなるまでの者
- (3) 日本国憲法施行の日以後の日において、日本国憲法また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、またはこれに加入した者

令和 年 月 日

氏名

印

※ 受付日 付印		※ 取扱者		※ 受験票送 付確認	
-------------	--	-------	--	---------------	--