

社会福祉法人佐渡市社会福祉協議会職員採用試験受験申込書

受験職種		※整理番号	
------	--	-------	--

受験職種は必ず記入してください

※受験番号				性 別 男・女		写 真 ・写真（縦4cm横3cm）を3枚用意してください。 ・左の欄に1枚をのりで貼り、1枚を履歴書へ貼り、他の1枚は、この申込書と同時に提出してください。 ・申込前3ヶ月以内撮影 ・脱帽、上半身、正面 ・本人と確認できるもの ・写真のないものは、受理できません。 令和 年 月 日撮影	
ふりがな 氏名			生年月日 昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生				
(郵便番号 —) 現住所（受験票送付先） 電話番号 (自宅 — —) (携帯 — —)							
学 校 名	学科名	所 在 地		在学期間	該当を○で囲む		
(最終)				年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退		
(その前)				年 月から 年 月まで	卒、卒見、中退		
私は、社会福祉法人佐渡市社会福祉協議会職員採用試験を上記のとおり受験したいので、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。 ア 日本国籍を有しない方 イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまでまたはその執行を受けることがなくなるまでの方 ウ 日本国憲法施行の日以後において、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方 令和 年 月 日 氏 名 印							

※ 受付日付印		※ 取扱者		※ 受験者名簿記載 照合		※ 受験票送付 確認照合	
------------	--	----------	--	--------------------	--	--------------------	--

この様式は、A4サイズ両面印刷としてください。

注 意 事 項

- 1 この申込書の受付は、令和8年10月7日（水曜日）午後5時00分までです。なお、受付期間後は、いかなる理由があっても受け付けません。郵送の場合についても、10月7日必着です。
- 2 記載事項に不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 3 記載は、すべて青か黒インクを用いてください。
- 4 太枠の欄はすべて記載し、※印の欄には記載しないでください。
- 5 数字はすべて算用数字を用いてください。
- 6 資格及び免許が必要な職種の場合は、資格等を証明できる書類の写しを添付してください。
- 7 受験票は、後日、現住所欄に記載された住所に送付します。
- 8 この試験に関する照会は、佐渡市社会福祉協議会総務課総務企画係（TEL 0259-81-1155）に申し出てください。