

松野町社会福祉協議会 専門職員（生きがい活動支援員・相談支援業務補助員）  
常勤 採用試験申込書

写真貼付  
たて4cm×よこ3cm  
(1) 脱帽・上半身・正面  
面向  
(2) 過去3ヶ月以内に  
撮影

受験番号	※		
ふりがな			
本人氏名	性別 ( )		
生年月日	昭和	年	月 日生 ( 歳)
現住所	〒 - TEL ( ) -		
連絡先 (試験結果通知先)	〒 - TEL ( ) -		
緊急連絡先	TEL ( ) - (携帯電話等)		
最終学歴	学校名		
	学部名	学科名	
	卒業年月	年 月 日	卒業・卒業見込・中退
職歴	在職期間	勤務先	職務内容
	年 月から 年 月まで		
資格・免許	資格・免許名	取得(見込)年月日	
		年 月 日	取得・見込
		年 月 日	取得・見込
		年 月 日	取得・見込
		年 月 日	取得・見込
		年 月 日	取得・見込

裏面もご記入下さい

