

社会福祉法人 長崎市社会福祉事業団
職員採用試験受験申込書

試験区分	受験番号	写真をはる位置		
作業療法士	※ 〇ー	(1) 写真の裏面にのりをつけこの欄にし っかりはってください。 (2) 写真は申込前6ヶ月以内に写した上 半身、脱帽正面のものでなければなり ません。 (3) 写真の大きさは横4cm縦6cmぐらい (4) 写真をはっていない場合は受けま せんので注意してください。		
ふりがな	生年月日			
氏名	年 月 日 (満 歳)			
性別 男・女	年齢は令和3年4月1日現在			
ふりがな		電話		
(ー)		()	ー	
現住所				
ふりがな		電話		
通知の際 (ー)		()	ー	
の連絡先				
学 歴	学 部	学科・専攻	在 学 期 間	卒業・修了等 の別
最終(現在)			年 月から 年 月まで	
最終前			年 月から 年 月まで	
最終前々			年 月から 年 月まで	
作業療法士免許(取得見込みの方は「取得見込」に○を付けてください。) 登録年月日 年 月 日 ・ 取得見込				

※ 受付日 月 日

..... きりとらないでください

社会福祉法人長崎市社会福祉事業団 職員採用試験受験票

試験区分	※受験番号 〇ー	写真をはる位置
作業療法士	ふりがな 氏名	受験申込書と同じ写真を 貼ってください。

※印の欄には記入しないでください。

現在までの職業経験（アルバイトは含みません。作業療法士業務に関するものを記入してください。）

勤務先 (部署まで)	所在地 (番地まで)	在 職 期 間	職務内容	退職理由
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		

私は、社会福祉法人 長崎市社会福祉事業団職員採用試験の受験申込をしますが、この申込書の記載事実に相違ありません。

また、次の各号のいずれにも該当しておりません。

- (1) 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む）
- (2) 禁こ以上の刑に処せられ、その執行が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人
- (3) 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人

年 月 日

氏 名（自署）

(注意)・性別は該当する方に○印をつけてください。

- ・合格通知は現住所に郵送しますが、発表時の通知先が異なるときは連絡先に通知しますので、連絡先欄にも記入ください。
- ・※印の欄には記入しないでください。
- ・記載事項に虚偽がある場合は採用される資格を失います。
- ・この用紙をホームページからダウンロードした場合は、両面で印刷してください。

注 意

- 1 試験日・試験場は試験案内をよくごらんください。
- 2 試験当日は必ず集合時刻までに試験場においでください。
試験開始時刻に遅刻した場合は受験できません。
- 3 受験の際は、必ず受験票、筆記用具（HBの鉛筆、消しゴムほか）、マスクを持参してください。
- 4 携帯電話を時計の代用品として使用することはできません。

社会福祉法人 長崎市社会福祉事業団事務局

電 話：(095) 842-2525