

採用試験申込書
(介護適正化職員)

※受験番号			※出欠	
ふりがな 氏 名		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (満 歳) (令和8年4月1日現在)		写真貼付欄 1 申込み前6ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面のもので縦4cm×横3cm程度 2 写真の裏に氏名を記載すること
福岡市で旧姓で働いたことがある場合→(旧姓:)				
現住所 〒(-)				
通知書等の送付先 〒(-) (現住所と同じ場合は記載不要)				
電話 () -		携帯 () -		
学歴(中退の場合も必ず記入してください。)				
学校名(学部・学科)		在学期間		卒業・中退・卒業見込の別
最終(現在)		年 月～ 年 月		卒業・中退・卒業見込
その前		年 月～ 年 月		卒業・中退
職歴 ※記入欄が不足する場合は、別紙(任意様式)で提出してください。				
勤務先		在職期間		仕事内容
最終(現在)		年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		介護関係事務及び生活保護業務に該当する職歴の場合は■ <input type="checkbox"/> 介護関係事務 <input type="checkbox"/> 生活保護業務
その前		年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 介護関係事務 <input type="checkbox"/> 生活保護業務
その前		年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 介護関係事務 <input type="checkbox"/> 生活保護業務
その前		年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 介護関係事務 <input type="checkbox"/> 生活保護業務
その前		年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 介護関係事務 <input type="checkbox"/> 生活保護業務
その前		年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 介護関係事務 <input type="checkbox"/> 生活保護業務
資格・免許等 ※記入欄が不足する場合は、別紙(任意様式)で提出してください。				
種類		番号		取得年月日
				年 月
				年 月
				年 月
				年 月
パソコンへの対応 ※該当する箇所を■に塗りつぶしてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> Excel(エクセル)(<input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本) <input type="checkbox"/> その他のソフト(<input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本)(下記に具体的に記載してください。) <input type="checkbox"/> Word(ワード)(<input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本) ()				
介護関係事務及び生活保護業務の経験 ※該当する箇所を■に塗りつぶしてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 介護関係事務 (年 月) <input type="checkbox"/> 生活保護業務 (年 月)				

(裏面にも記入欄があります。)

志望動機(自由記載)
自己PR(自由記載)

私は、介護適正化職員に係る受験申込みをしますが、この記載事項に相違ありません。 また、募集案内記載の応募資格を満たしていることを申し添えます。
令和 年 月 日
氏 名(自筆)

- (記入上の留意点)
- 1 太枠内を記入してください。
 - 2 手書きの場合は、黒のボールペンで記入してください。(鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。)
 - 3 書き損じた場合、修正液や修正テープは使用せず、二重線で消して訂正してください。
 - 4 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。