

社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団 職員採用試験申込書

試験区分 (職種)	聴覚障害支援員	受験番号 (記入不要)	※	
(写真欄) ・5cm × 4cm ・3か月以内撮影 ・上半身, 正面向き, 脱帽 ・写真裏に名前を記載 してください。 ・申込み時に貼って ください。				
ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日生
				(平成31年4月1日現在) 年齢 歳
現住所	(〒 -) Tel ()			
連絡先	(〒 -) Tel ()			
Eメール				
学 歴 (中学校 卒業期 から順 に上か ら記載)	学 校 名	学部・学科・専攻	該当に○	在 学 期 間
			卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
			卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
			卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
			卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
職 歴 (古い順 に上か ら記載)	会 社 名	職 務 内 容	該当に○	在 職 期 間
			正社員 その他	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
			正社員 その他	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
			正社員 その他	昭和 年 月 平成 ~ 年 月
資 格 ・ 免 許	名 称	取得年月日	発 行 者	記 号 ・ 番 号
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 氏名 ㊟				

★車いす用机、手話通訳など、受験の際に配慮が必要な方はお申し出ください。