

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		受験番号	※
------	--	------	---

(写真欄A)

- ・5 cm × 4 cm
- ・3ヶ月以内撮影
- ・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		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳

現住所	(〒 -)	Tel ()
-----	--------	---------

連絡先	(〒 -)	Tel ()
-----	--------	---------

Eメール	
------	--

学 歴	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 ~
				卒業 中退 卒業見込	昭和 年 月 平成 年 月 ~

職 歴	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 ~
				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 _____ 印 _____

★車いす用机など、受験の際、なんらかの配慮の必要な方はお申出ください。

