

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会

職員採用試験受験申込書

受付番号

※

写真貼付欄

・写真の裏面に氏名を書き、
のりをつけてしっかりと
貼ってください。

・申込前3ヶ月以内に撮影の
上半身、正面脱帽のものとし
ます。

・カラー、たて6cm×よこ4cm

受験する区分の
いずれかに○

A：一般枠

B：有資格者枠
(社会福祉士・精神保健福祉士)

C：有資格者枠
(保健師・主任介護支援専門員)

ふりがな

氏名

昭和・平成
年 月 日生
(令和8年4月1日現在： 歳)

現住所

〒

TEL () — 携帯電話 () —

E-mail

(令和 年 月撮影)

通知の際の連絡先 (※必ず連絡がとれる連絡先を記入。現住所と同じ場合は「同上」と記入。)

〒

TEL・携帯電話 () —

※ ☐ 事務局確認欄

学校名
(最近の学歴3つについて必ず記入すること)

学部

学科・専攻

在学期間

卒業、中退、
卒業見込の別

(最終学校)

年 月～ 年 月

☐卒業 ☐中退
☐卒業見込

(その前)

年 月～ 年 月

☐卒業 ☐中退

(その前)

年 月～ 年 月

☐卒業 ☐中退

現在までの職業経歴 (職業経歴がない場合は勤務先欄に「なし」と記入)

勤務先

所在地

在職期間

仕事内容
(在職中であれば、仕事内容を加えて「在職中」と記入)

現在 (最終)

～ 年 月
年 月

年 月

(その前)

～ 年 月
年 月

年 月

(その前)

～ 年 月
年 月

年 月

(その前)

～ 年 月
年 月

年 月

免許・資格

免許・資格の名称

取得年月日

免許・資格の名称

取得年月日

普通自動車免許

年 月 日

年 月 日

社会福祉士

☐取得 年 月
☐取得見込 年 月

年 月 日

精神保健福祉士

☐取得 年 月
☐取得見込 年 月

年 月 日

保健師

☐取得 年 月
☐取得見込 年 月

年 月 日

主任介護支援専門員

☐取得 年 月
☐取得見込 年 月

年 月 日

(この欄も記入してください。)

私は、社会福祉法人福岡市社会福祉協議会職員の採用にかかる受験の申込みをしますが、この申込書の記載事項に相違ありません。

また、次のいずれにも該当していません。

- ・ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を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
- ・ 日本国憲法施行の日以後において、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

令和 年 月 日

氏名 (自筆)

(注意事項)

- 1 ※印欄には記入しないでください。
- 2 □のところは、該当するところに×印をつけてください。
- 3 以下の資格を有する人は、登録証等の写しを必ず添付してください。
 - ・ 社会福祉士 : 社会福祉士登録証
 - ・ 精神保健福祉士 : 精神保健福祉士登録証
 - ・ 保健師 : 保健師免許証
 - ・ 主任介護支援専門員 : 主任介護支援専門員（更新）研修修了証明書
- 4 申込書は、自筆で記入してください。
- 5 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。

