

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		※受験番号			
受験する区分、 該当する資格等に☒  ※資格等は複数選択可	<input type="checkbox"/> 有資格者枠①		<input type="checkbox"/> 社会福祉士		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士				
	<input type="checkbox"/> 有資格者枠②		<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師の資格を有し、高齢者に関わる地域ケア、地域保健等の経験があり、かつ介護支援専門員の資格を有する <input type="checkbox"/> 「ケアマネジメントリーダー研修」を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有する <input type="checkbox"/> 福岡県が実施する介護支援専門員研修課程Ⅰ・Ⅱ（同等の更新研修を含む）を修了している						
ふりがな			昭和・平成			《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          (令和    年    月撮影) ※ <input type="checkbox"/> 事務局確認欄			
氏 名			年    月    日    生 (令和8年6月1日現在：    歳)						
現 住 所									
〒									
TEL (        )        —        携帯電話 (        )        —        E-mail									
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 (        )        —									
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		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込	
(そ の 前)						年    月～    年    月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
(そ の 前)						年    月～    年    月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
現在までの職業経歴（職業経験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			
社会福祉士		<input type="checkbox"/> 取得    年    月 <input type="checkbox"/> 取得見込    年    月		普通自動車免許		年    月    日			
精神保健福祉士		<input type="checkbox"/> 取得    年    月 <input type="checkbox"/> 取得見込    年    月		看護師		年    月    日			
保健師		<input type="checkbox"/> 取得    年    月 <input type="checkbox"/> 取得見込    年    月				年    月    日			
主任介護支援専門員		<input type="checkbox"/> 取得    年    月 <input type="checkbox"/> 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。

- ・ 拘禁刑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 受験する区分の該当する資格等に関する登録証等の写しを必ず添付してください。

【有資格者枠①】

該当する資格等	提出書類
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

【有資格者枠②】

該当する資格等	提出書類
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
看護師の資格を有し高齢者に関わる地域ケア、地域保健等の経験があり、かつ介護支援専門員の資格を有する人	看護師免許証 介護支援専門員証
「ケアマネジメントリーダー研修」を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有する人	介護支援専門員証 研修の修了証明書
福岡県が実施する介護支援専門員研修課程Ⅰ・Ⅱ（同等の更新研修を含む）を修了している人	介護支援専門員証 研修の修了証明書

- 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。

