２０２４年度社会福祉法人富士見市社会福祉協議会職員採用試験申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （写真欄）・写真が貼られていない場合は受験できません・写真はタテ４ｃｍ×ヨコ３ｃｍ、本人のみの上半身・無帽・正面向き・背景なしで６ヶ月以内に写したもの |  |
|  | （ふりがな）氏　　名 |  | 受験番号 |
| ※１ |
| 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日生平成２０２５（令和7）年4月1日現在　（満　　　　歳） | 性　別 |
| 男 ・ 女 |
|  |
|  | 現　住　所 | （〒　　　－　　　　） |
| 電　話　等 | 自宅（ ）　　　　　－ |
| 携帯（ ）　　　　　－ |
| Ｅメールアドレス |
| 連 絡 先 | （現住所以外に連絡先がある場合のみ記入） |
| 電　　　話 | （　　　 　　　） － |
| 特 記 事 項受験時に配慮が必要な身体状況やケガの状況 | ※２ |

※１受験番号は記入しないでください。

※２特記事項欄は、車椅子の使用等、受験時の配慮を必要とする場合のみ記入してください。

**２０２４年度社会福祉法人富士見市社会福祉協議会職員採用試験受験票**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | 試　　験　　会　　場 |
| ※３ | ※４ |

 ※３受験番号及び※４試験会場は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |  | 性　別 | 男・女 |

本票は、各選考試験の際に、必ず持参してください。