

※受付番号

令和2年度 社会福祉法人博愛福祉会 職員採用試験申込書兼受験票

受験種別	介護職 ・ 管理栄養士		
ふりがな		性別	
氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
現住所	〒 ー 電話：() ー		
緊急連絡先 (家族住所等)	〒 ー 氏名： 電話：() ー		
学歴 (最終)	学校名	学部・学科	卒業等の別
			卒業・卒業見込
私は、社会福祉法人 博愛福祉会職員採用試験を受験したいので申し込みます。 この申込書のすべての記載事項に相違はありません。 本人署名： _____			

※記入上の注意

1. 記入事項に虚偽または不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。
2. ※印以外の欄はもれなく自筆で記入してください。
3. 記入は黒のペン又はボールペンを用い、楷書で丁寧に書いてください。
4. 数字は算用数字を用いてください。該当する事項は○で囲んでください。

※受付印