

公益財団法人仙台市健康福祉事業団 職員採用試験 受験申込書

※太枠内のすべての欄について、記入要領にしたがって記入してください。

① 氏名	ふりがな 〒	受験番号	受付
②生年月日	昭和・平成 年 月 日	③性別	男・女
④住所・ 電話番号	現住所	1. 次のような写真の裏全体にのりをつけて、この欄に貼ってください。 ・申込前3か月以内の撮影 ・縦4cm×横3cm ・脱帽、上半身、正面向き ・写真の裏に氏名を記入 2. 写真のない場合や不鮮明等で受験写真として不適当な場合は受理しません。	
	連絡先		
ふりがな 〒			
電話 () 携帯等 ()			
⑥学歴	学校名・学部・学科	在学期間	卒業・中退等の別
	最終(現在)	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
	その前	年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
⑦職歴	勤務先	在職期間	職務内容
	現在(最終)	年 月から 年 月まで	
	その前	年 月から 年 月まで	
	その前	年 月から 年 月まで	
⑧資格・ 免許等	名称	取得(見込)	⑨趣味 ⑩特技
		年 月	
		年 月	
⑪自己PR			
⑫志望動機			
私は、公益財団法人仙台市健康福祉事業団職員採用試験を受験したいので申し込みます。 なお、試験案内に掲げる受験資格をすべて満たしており、記載事項は事実と相違ありません。			
令和 年 月 日 氏名(自筆) _____			