

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

①氏名	ふりがな		職種	受験番号	受付		
			事務				
②生年月日	平成	年	月	日	③性別	男 ・ 女	
④住所・電話番号	現住所	ふりがな				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。	
		〒					
	電話	()	携帯等	()			
	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		雇用形態	職務内容		在職期間	
	現在(最終)		正職員 ・ 正職員以外			年 月から 年 月まで	
	その前		正職員 ・ 正職員以外			年 月から 年 月まで	
	その前		正職員 ・ 正職員以外			年 月から 年 月まで	
⑧資格・免許等	名称				取得(見込)		
					年 月		
					年 月		
⑨趣味・特技							

※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。

※裏面も必ず記入してください。

