

地方独立行政法人長野県立病院機構
令和6年度 福祉相談員採用試験申込書

フリガナ						(写真貼付欄) 縦4cm×横3cm ・申込日前3か月以内に撮影したもの ・正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが識別できるもの
氏名						
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)					
現住所	〒					
電話番号	自宅・携帯 () -				受験希望日	
Eメールアドレス	@					
受験資格に必要な免許・資格			取得日		受験希望地	
社会福祉士			年 月 日取得・見込み		長野・松本	
※受験資格に必要な免許・資格以外						
学歴 (高校から記入)	学校名	学部・学科	所在地	区分	在学期間	
				卒・卒見・中退 その他()	年 月 ~ 年 月	
				卒・卒見・中退 その他()	年 月 ~ 年 月	
				卒・卒見・中退 その他()	年 月 ~ 年 月	
職歴	勤務先	職務内容(詳細は職務経歴書へ記入)			勤務期間	
					年 月 ~ 年 月	
					年 月 ~ 年 月	
					年 月 ~ 年 月	
[配属を希望する病院]						
○第1希望 _____ (希望理由)			○第2希望 _____ (希望理由)			
[採用試験の受験状況(結果)や進学の手配]						

私は地方独立行政法人長野県立病院機構職員(福祉相談員)採用試験を受験したいので申込みます。
私は受験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名(自署) _____