

令和5年度静岡市職員（福祉（病院））採用選考受験申込書

【注】

記入に当たっては黒インク又は黒ボールペンを用い、正確に書いてください。  
該当のない事項は「なし」と記入し、< >内については該当する項目を○印で  
囲んでください。

虚偽の記載をすると、採用される資格を失うことがあります。

※印は記入不要

写 真 貼 付  
3.0cm×4.0cm  
正面・上半身・脱帽で  
提出日前6か月以内  
に撮影のもの

|                                   |  |                         |                                      |                                      |
|-----------------------------------|--|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ※受験番号                             |  | 受験職種<br>福祉（病院）          |                                      |                                      |
| (フリガナ)<br>氏 名                     |  | <昭和・平成> 年 月 日 生<br>( 歳) |                                      |                                      |
| 学 歴<br>(高校以<br>上の学歴<br>を順次記<br>入) | 高 校  | 科                       | <S・H・R> 年 月 入学<br><S・H・R> 年 月 卒業     |                                      |
|                                   | <短大・高専<br>専 門 学 校>   | 科                       | <S・H・R> 年 月 入学<br><S・H・R> 年 月<卒・卒見込> |                                      |
|                                   | 大 学  | 学 部                     | 学 科                                  | <S・H・R> 年 月 入学<br><S・H・R> 年 月<卒・卒見込> |
|                                   |  |                         |                                      |                                      |
| 住 所                               | 現住所  |                         | 〒<br>TEL                             |                                      |
|                                   | 合格通知等の送付先（上記と同じ場合は記入不要）  |                         | 〒<br>TEL                             |                                      |
|                                   | E-mail:  |                         | TEL（緊急時）                             |                                      |
| 職務経歴                              | 勤務先、職務内容、期間等<br>例) A 事業所 退院支援業務 H〇.〇.〇~R〇.〇.〇 勤務経験：〇年  |                         |                                      |                                      |
| 資格・免許                             | 資格等の名称、種類、取得年月日<br>社会福祉法第19条に基づく資格で、要件を満たしている項目に○をつけてください。<br>( ) 大学等において、厚生労働大臣の指定する社会福祉主事任用資格選択必修科目のうち、いずれか3科目以上の単位を取得して卒業した者<br>( ) 都道府県知事の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者<br>( ) 社会福祉士 (取得年月日： 年 月 日)<br>( ) 厚生労働大臣の指定する社会福祉事業従業者試験に合格した者 (取得年月日： 年 月 日)<br>( ) ア～エに掲げる者と同等以上の能力を有する者として厚生労働省令で定める者（精神保健福祉士等）<br>(資格名称： 取得年月日： 年 月 日)<br>運転免許<原付・普通・その他 ( ) > |                         |                                      |                                      |

