

(一財) 摂津市保健センター職員採用試験申込書

※受 驗 番 号

(本人自書)

令和 年 月 日現在

受験する職種 ケアマネジャー	フリガナ	性別
	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
写 真 (縦4.5cm×横3.5cm程度) 写真は申込前6カ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので、本人と確認できるもの。	〒 現住所 電話 携帯電話	
	※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。 〒 連絡先 電話	
学歴	高校卒業から記入してください。	
	学 校 名	在 学 期 間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
職歴	勤 務 先	在 職 期 間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

氏名		※受験番号	
----	--	-------	--

志望動機 (◎必ず記入して下さい。)

自己PR等 (◎必ず記入して下さい。)

※ 実務経験がある場合は、実務を行った期間や具体的な内容等について、記載方法は問いませんので記入して下さい。記載欄が不足する場合は別紙を添えてください。

資格・免許等の名称	取得年月日
	年月日
	年月日
	年月日
	年月日
趣味・特技	所属クラブ等

※ 記入上の注意事項

- ① 太枠の中を記入してください。※受験番号欄は記入しないでください。記入はボールペン等でしてください。
- ② 不実の記載があるときは、(一財)摂津市保健センター職員として採用される資格を失うことがあります。また、採用後においても解雇されることがあります。