

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会 事務局職員採用試験申込書

				※受験番号	
氏名（ふりがな）		生年月日			
男 女		平成 年 月 日生 (令和6年4月1日現在満 歳)			
現住所（ふりがな）				写 真	
郵便番号 - (電話)				写真の裏全体にのりをつけてこの欄に貼ってください。	
連絡先（現住所と異なる場合のみ記入）				(申込前3カ月以内撮影、脱帽・上半身・正面向き・縦4cm、横3cm)	
(同居先 方) 郵便番号 - (電話)					
学歴	学 校 名	学部・学科名	在 学 期 間	修 学 区 分	
	現在（最終）		年 月 日から 年 月 日まで	卒業・修了 ・卒業見込	
職歴	勤務先（部課まで）	職務の内容	所 在 地	在 職 期 間	退 職 理 由
			電話() -	年 月から 年 月まで	
			電話() -	年 月から 年 月まで	
			電話() -	年 月から 年 月まで	
			電話() -	年 月から 年 月まで	
資格免許	名 称	取 得 年 月	取 得 機 関		
		年 月			
		年 月			
		年 月			
ス ポ ー ツ 活 動 サークル活動 ボランティア活動			特 技		
私は試験案内に記された欠格事由のいずれにも該当しておりません。 また、この申込書の全ての記載事項に相違ありません。					
令和 年 月 日					
受験者氏名（自署）					
※受付	※第1次試験	※第2次試験	※その他		

(注) ※印欄を除く全ての欄にもれなく記入してください。該当する事項は○で囲んでください。
なお、記載された個人情報とは当該試験目的以外には使用いたしません。

郵便はがき

□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---

63 円
切手貼付

(あて先)

(様方)

様

(差出人)

**社会福祉法人
茨城県社会福祉協議会**

〒310-8586 水戸市千波町1918
セキシヨウ・ウエルビーイング福祉会館内
(電話)029-241-1133 (音声案内9番)

- 1 あて先は、受験票を受け取るのに都合のよい住所又は連絡先を必ず記入してください。
- 2 郵便番号も必ず記入してください。
- 3 裏面の氏名も必ず記入してください。
- 4 必ず63円切手を貼ってください。

**社会福祉法人茨城県社会福祉協議会
事務局職員採用試験**

受験票

(氏名)

※受験番号

試験日時	令和6年9月22日(日) 午前10時
受付時間	午前9時10分から9時35分
試験会場	水戸市千波町1918 セキシヨウ・ウエルビーイング福祉会館

受験心得

- 持参品 受験票、筆記用具
 - 注意
- 1 15分前には着席してください。
 - 2 試験場では全て係員の指示に従ってください。
 - 3 受験票は試験時間中机の右上に置いてください。
 - 4 机の上にはこちらで配布したものの、筆記用具及び時計以外のものを置いてはいけません。
 - 5 筆記用具は、鉛筆又はシャープペンシル(いずれもHB)及びプラスチック消しゴムとします。