①本紙の2～3ページを印刷し「職員採用申込書」と「職歴票」を入手して下さい。  
※上記用紙は、当法人事務局（ケアハウスビラおおだ内）で受け取ることもできます。

社会福祉法人 大田市社会福祉事業団

正規職員採用申込み（窓口持参・郵送提出方法）について

②用紙の項目に沿って必要事項を記入し、  
2ヶ月以内に撮影した上半身の写真（縦4cm×横3cm）を所定箇所に貼付して下さい。

③当法人事務局（ケアハウスビラおおだ内）の窓口へ直接持参されるか郵便にて  
書類を提出して下さい。

【郵送先】　〒694-0011 島根県大田市川合町川合1081-2

　　　　　　　　　大田市社会福祉事業団事務局 宛

④受付後、担当より面接の日程調整する為の連絡を致します。  
(ご連絡するまでに、受付後2～3日程度要する場合がありますのでご了承下さい。)

社会福祉法人 大田市社会福祉事業団 職員採用申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 込 職 種 | | | | □機能訓練指導員 ･ □看護師 □介護職員  □栄養士　　　　 ･ □調理員 | | | 写真貼付  2ケ月以内に撮影  した上半身の写真  を貼付してください  （縦4cm×横3cm） |
| ふ り が な | | | |  | | |
| 氏 名 | | | |  | | |
| 生 年 月 日 | | | | 昭和・平成 　　 年 　 月 　 日生 | | |
| ふ り が な | | | |  | | | TEL  － －  携帯  － － |
| 現　住　所 | | | | 〒  都道 市 町  府県 郡 村 　　 番地 | | |
| ふ り が な | | | |  | | | TEL  － －  携帯  － － |
| 連 絡 先  (現住所以外に連絡を希望する場合に記載) | | | | 〒  都道 市 町  府県 郡 村 　　 番地 | | |
| 学 歴 及 び 職 歴 | 年 | 月 | 学 歴 | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 職 歴 | | | | | | |
| 職歴がある場合は「職歴票」に記入して下さい。 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 資 格 免 許 等 | 資 格 等 の 名 称 | | | | 取 得 年 月 日 | 認定(交付)機関 | |
|  | | | |  |  | |
|  | | | |  |  | |
|  | | | |  |  | |
|  | | | |  |  | |
|  | | | |  |  | |
| 以上のとおり職員採用を申し込みます。  なお、私はすべての採用要件を満たしております。 令和 年 月 日  この申込書の記載事項は事実に相違ありません。  氏名(自筆) | | | | | | | |

職　歴　票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在　職　期　間 | 勤　務　先　等 | 従　事　内　容 |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |