

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

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。

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	<input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 ・ <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 生活相談員 ・ <input type="checkbox"/> 介護職員		写真貼付 2ヶ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	
現住所	〒	都道府県	市郡	町村番地
携帯				
ふりがな			TEL	
連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合に記載)	〒	都道府県	市郡	町村番地
携帯				
学歴及び職歴	年	月	学歴	
職歴	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と相違ありません。 <div style="text-align: right;">氏名(自筆)</div>				

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		
年 月～ 年 月		