



平成24年度採用 職員候補者試験申込書

作業療法士

受験番号 第 号



添付書類

- (1) 卒業（見込）証明書
- (2) 卒業（在学）成績証明書
- (3) 資格証明書（写）又は資格取得見込証明書
- (4) 健康診断書

平成 年 月 日撮影

申込み日前6か月以内に撮影のものを貼付下さい

本人現住所	〒 —	TEL 自宅・呼出・携帯 — —
連絡先	〒 —	TEL 自宅・呼出・携帯 — —
ふりがな		昭和・平成 年 月 日生
氏名		男 女 (満 歳) ※平成24年4月1日時点
あなたの履歴事項について記入して下さい。（職歴を含む）		
年月日（和暦で）	履 歴 事 項	
年 月 日	高等学校 科入学	
年 月 日	高等学校 科卒業	
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

※履歴を書ききれない場合は、別紙に記入してください

次の項目について記入してください。

自分で長所だと思う点	自分で短所だと思う点	
趣味・特技	学内学外で加入したサークル等	
専攻学科を選んだ動機、理由	資格・免許	資格取得（見込）年月日（和暦）
ア 専攻学科		年 月 日
		年 月 日
イ 理由		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
卒業研究、ゼミナール、実習のテーマ		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
本会に就職を希望した動機及びその理由		

上記のとおり関係書類を添えて受験申し込みをいたします。  
また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

平成24年 月 日

社会福祉法人 豊橋市福祉事業会  
理事長 鈴木 宣 男 様

本人氏名

印