

嘱託職員採用試験受験申込書

受付	*事務局記入欄	ふりがな	性別	受験番号
		氏名	男・女	*事務局記入欄
		生年月日 昭和・平成 年 月 日	生まれ (満 歳)	

現住所	〒 — — 【固定電話】 — — — — — 【携帯電話】 — — — — —	写 真 ・ 申込前6か月以内に撮影したもの ・ 上半身、正面向き ・ 縦4.0cm×横3.0cm
結果通知先	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ場合はチェック。違う場合のみ記入。 〒 — — — — — 【電話】 — — — — —	

	学校名	学部・学科名	在学期間	修学区分
学 歴	中学校		年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退
			年 月～ 年 月	卒業・卒見・修了・中退

	勤務先	職務内容	在籍期間	勤務形態
職 歴			年 月～ 年 月	週 () 日勤務
			年 月～ 年 月	週 () 日勤務
			年 月～ 年 月	週 () 日勤務
			年 月～ 年 月	週 () 日勤務
			年 月～ 年 月	週 () 日勤務

	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日
資 格 ・ 免 許				

(裏面に続く)

以下の該当する項目に、チェックをお願いします。

【資格・経験等】（以下の要件を満たすことが必要です）

①②については、いずれかを必須とし、③④はいずれも必須とする

- ①社会福祉士、精神保健福祉士、看護師、保健師、公認心理師、相談支援専門員、臨床心理士のいずれかの資格を有し、かつ以下のいずれかの経験がある人

（必要な経験）

福祉事務所、地域包括支援センター、基幹相談支援センター、市町村委託相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所、精神科医療機関、社会福祉協議会、その他相談支援専門員の要件である施設等のいずれかで、平成24年4月1日～令和4年10月31日に通算して、3年かつ540日以上相談支援業務に従事した人

- ②福祉事務所、地域包括支援センター、基幹相談支援センター、市町村委託相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所、精神科医療機関、社会福祉協議会、その他相談支援専門員の要件である施設等のいずれかで、平成24年4月1日～令和4年10月31日に通算して、5年かつ900日以上相談支援業務に従事した人

- ③普通自動車運転免許（AT限定可）を有する人

- ④パソコンの一般的な操作ができる人（word、excelは初級程度）

*資格及び免許については、令和5年3月31日までに取得見込みを含む

以上の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名

（自署）

【記入上の注意】

1. 記入は、すべて本人の自筆により、黒のボールペン等で記入してください。
2. 事務局記入欄以外は、すべて記入してください。（該当のない場合は「なし」と記入）
3. 記載事項に不正があると、採用資格を失うことがあります。