

社会福祉法人 かがわ総合リハビリテーション事業団 令和9年度採用職員試験申込用紙

年度	試験区分				氏名				※受験番号	
09	看護師				フリガナ					
					漢字					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	※性別	※「性別」欄：記載は任意です。				
メールアドレス										
現住所 (下宿先等：アパートの室番号、何々方等まで詳しく記入してください。)										
〒 - 都道府県										
Tel 自宅 () - 携帯 () -										
連絡先 (現住所と異なる場合のみ記入してください。)										
〒 - 都道府県										
Tel 自宅 () -										
学歴……現在又は最終の学歴とその前一つ(専修学校を含む。)を記入してください。										
学校名	学部・学科名				在学期間				卒業・卒業見込等の別	
現在又は最終					元号	年	月	から	<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 卒業・修了見込 <input type="checkbox"/> 在学中(学年) <input type="checkbox"/> 中退(学年)	
					元号	年	月	まで		
その前					元号	年	月	から	<input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 中退(学年)	
					元号	年	月	まで		
(注意) 1 この欄には必ず申込日を記入し、自筆で署名してください。(押印は不要です。) 2 申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。 私は、採用職員募集案内に掲げてある、この試験に必要な受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名(自筆)										

(記入心得)

- ※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。
- 記入にはすべて黒か青のインク又はボールペンを、かみ書でていねいに書いてください。
- 数字は算用数字を用い、該当する口の中にレ印をつけてください。

※係員印	※受付年月日 令和 年 月 日	※受付番号
------	--------------------	-------

※ 切り取らないでください

社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団 令和9年度採用職員試験受験票

※受付番号

試験区分 看護師	※性別
氏名	
※受験番号	※「性別」欄：記載は任意

写真欄
<ol style="list-style-type: none"> 最近6か月以内に撮影したもの(上半身・脱帽・正面向き・縦4cm横3cmで本人と確認できるもの)を貼付してください。 第1次試験の当日、写真のない場合は受験できません。 はがれることがありますので、写真の裏に氏名を記入しておいてください。
(令和 年 月撮影)

(受験心得)

- 当日は本票、HB又はBの鉛筆、消しゴムを持参してください。
- 時計は計時機能だけのものに限りです。
- 携帯電話・PHS等は、試験室に入る前に電源を切ってください。
- ゴミは試験終了後、各自で持ち帰ってください。

【試験日】 令和 8年 5月 27日(水) 午後
 【受付時間】 個別案内
 (遅刻した場合は、原則として受験できません。)
 【試験場】 かがわ総合リハビリテーションこども支援施設 付属棟 講堂
 【問合せ先】 〒761-8057
 香川県高松市田村町1114番地
 社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団
 事務部 総務課 片桐
 電話(087)867-6008