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
０ ９	指導・支援職 （香川県障害者支援施設たまも園）	フリガナ 漢字	

生年月日	※性別	※「性別」欄：記載は任意です。
昭和・平成　年　月　日		

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（　　）　　－

合格通知送付先（いずれかにレ印）
□現住所に送付希望

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（　　）　　－

□連絡先に送付希望

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 元号　年　月　まで	□卒業・修了 □卒業・修了見込 □ 在学中（　学年） □中　退（　学年）
その前		元号　年　月　から 元号　年　月　まで	□卒業・修了 □中　退（　学年）

（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、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に相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏名（自筆）

（記入心得）
1　※印欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。
2　記入にはすべて黒か青のインク又はボールペンを用い、かい書でていねいに書いてください。
3　数字は算用数字を用い、該当する□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 **指導・支援職(たまも園)**	※性別
氏名	

※受験番号	※「性別」欄：記載は任意

写真欄
1　最近6か月以内に撮影したもの（上半身・脱帽・正面向き・縦4㎝横3㎝で本人と確認できるもの）を貼付してください。
2　試験の当日、写真のない場合は受験できません。
3　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）
1　当日は本票を持参してください。
2　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。

【試験日】　個別案内
【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】　個別案内
【問合せ先】
〒７６１―８０５７　香川県高松市田村町１１１４番地
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