※受付印

社会福祉法人いいで福祉会

受　験　申　込　書

フリガナ 氏　名　　印	生年月日	年齢　　歳 （令和６年9月1日現在） 昭・平　　年　　月　　日生	性別	男・女
本　籍　　都道府県 （都道府県のみ）		住　所 同居先（　　）		
連絡先（郵便番号　　－　　） 住　所		電話番号（　　－　　－　　）		

最終学歴	学　校　名	学部・学科名	期　間	卒等の別
			年月　　年月 ～	卒 年卒見込 中退

希望職種	資格・免許

註　・記入には、黒インク又は黒のボールペンを用いること。
・※欄は記入しないで下さい。
・数字は、算用数字を用いて下さい。