

既卒

社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会
2021(令和3)年度 既卒新規職員採用試験 エントリーシート

記入年月日(. . .)

ふりがな				男・女	写真	
氏名						
生年月日		生年月日(. . .) (記入日現在満 歳)				
ふりがな		〒 -		※写真裏面に氏名を記載して下さい。		
連絡先 (合格通知先)		自宅電話() - 携帯電話 - - メールアドレス				
学歴		期間	学校	学部・専攻科		
	最終	自 年 月 至 年 月 卒業・卒業見込・中退・在学中				
経歴		期間	勤務先・その他	職務内容等		
	最終	自 年 月 至 年 月 在職中・退職				
	その前	自 年 月 至 年 月 在職中・退職				
	その前	自 年 月 至 年 月 在職中・退職				
	その前	自 年 月 至 年 月 在職中・退職				
	その前	自 年 月 至 年 月 在職中・退職				
	その前	自 年 月 至 年 月 在職中・退職				
主な資格・免許 (取得見込含む)	名称		取得年月	扶養家族(配偶者を除く)		
			年 月 日	人		
			年 月 日			
			年 月 日	配偶者	配偶者の扶養義務	
			年 月 日	有・無	有・無	
自己アピール						

希望職種			
当法人採用試験受験歴	[有・無]	受験歴()回 ()年度	
採用日について	令和3年3月31日より前の勤務開始について () ←既卒の方は、「可」又は「不可」のどちらかを記入してください。 ⇒可能な場合…勤務開始可能日:令和()年()月()日		
自分で良いと思う所と、課題と思う所を教えてください			
あなたがこれまでに最も挑戦したことを教えてください			
当法人の理念・行動指針を読んで考えたことを教えてください			
当法人で仕事をする上で最も大切にしたいことを教えてください			
当法人への志望動機および就職後に実現したい仕事・役割・将来ビジョンについて教えてください			

自署欄	年 月 日	
	氏名(自署)	印

↑必ず自署にて氏名及び日付を記入してください。(注) 記入事項に虚偽又は不正があると採用される資格を失うことがあります。