

社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会 2026(令和8)年度 学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										
氏 名									写真	
生年月日		生年月日() (記入日現在満 歳)								
現住所		〒 - -							_	
休暇中住所		〒	-						※写真裏面に氏名を 記載して下さい。	
メールアドレス										
携帯電話 自宅電話										
	期	間(西暦)			学校名		学部•学科		科等	
学歴	年	月 ~	年 月	卒業 卒業見込 中退						
	年	月~	年 月	卒業卒業見込中退						
	年	月~	年 月	卒業 卒業見込						
趣味	· 特技			中退						
部活動、サークル、ボランティア等の活動歴			(西暦)		団体名, 活動	内台	資	取得年月(西暦)	名称	
		年 	ヶ月間				格・			
		年 ———	ヶ月間				免許(取得見込含む			
			ヶ月間							
		年	ヶ月間							
		年	ヶ月間				む)			
カを	八れに子未									
所属ゼミ/研究室		所属ゼミ/研究室の 研究内容								
自己PR										
学生時代の 取り組み										

希望職種	□介護職員・介護分野	口生活支援員·障害分野						
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・行動指針を読みましたか。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)

↑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。