

公益財団法人せんだい男女共同参画財団  
**嘱託職員(就業・自立相談支援員)採用試験申込書**

受付番号 (記入不要)

※年月日の表記は、和暦で記入してください

ふりがな 氏名	性別		□女・□男		平成31年 4月1日現在 満才
	生年月日	昭和 平成	年	月 日 生	
ふりがな 現住所	〒 ー				写 真 ※3か月以内に撮影したもの(上半身正面向き・脱帽 縦4cm×横3cm) ※写真の裏に、氏名を記載すること
	電話 ( )	FAX ( )			
その他の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電子メール [ ] <input type="checkbox"/> 携帯電話 [ ] <input type="checkbox"/> その他 [ ]				年 月撮影
学 歴	学 校 名 (学部学科名)		在学期間		該当箇所を○で囲む
	最終(現在)		年 月から 年 月まで		卒・卒見込・中退
	その前		年 月から 年 月まで		卒・卒見込・中退
	その前		年 月から 年 月まで		卒・卒見込・中退
職 歴	勤 務 先		役職・職務内容		在職期間
	最終(現在) (所在地)				年 月から 年 月まで
	その前 (所在地)				年 月から 年 月まで
	その前 (所在地)				年 月から 年 月まで
応募動機・抱負など					
基本操作ができるパソコンソフト		<input type="checkbox"/> Word(ワード) <input type="checkbox"/> Excel(エクセル) <input type="checkbox"/> PowerPoint(パワーポイント)			
資 格 ・ 免 許	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	

**受験資格③又は④に該当する経験・実績を記入してください。**

**また、母子福祉に対する関心についても触れてください。**

(枠内におさまる大きさを、パソコン等で作成したものを貼付してもかまいません)

私は、公益財団法人せんだい男女共同参画財団嘱託職員（就業・自立相談支援員）採用試験案内の記載内容を了承のうえ、同試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当しておりません。

- (1) 成年被後見人、被保佐人（準禁治産者を含む）
- (2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- (3) 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

また、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

注) 日付及び氏名は必ず自署してください。