

## 北九州市福祉事業団嘱託職員採用選考申込書

08

令和 年 月 日現在

|            |                               |           |   |                                                                                                                              |
|------------|-------------------------------|-----------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 選 考 区 分    |                               | ※ 受 験 番 号 |   | <div>写 真</div> <div>申込前3ヶ月以内に帽子を<br/>つけないで、上半身、正面向<br/>を撮ったもので、本人と確認<br/>できるものをわく内にはる<br/>こと。</div> <div>(タテ5cm×ヨコ4cm)</div> |
| 要介護認定訪問調査員 |                               |           |   |                                                                                                                              |
| ふりがな       |                               |           |   |                                                                                                                              |
| 氏 名        |                               |           |   |                                                                                                                              |
| 生年月日       | 昭和・平成 年 月 日                   | 年齢        | 歳 |                                                                                                                              |
| ふりがな       |                               |           |   | 電話 ※どちらか一方の記入でも結構です                                                                                                          |
| 現 住 所      | 〒 —                           |           |   | 市外局番 ( ) —                                                                                                                   |
| (公称町名)     | (同居先 方)                       |           |   | 携帯番号 ( ) —                                                                                                                   |
| ふりがな       |                               |           |   | 電話 ※どちらか一方の記入でも結構です                                                                                                          |
| 連 絡 先      | 〒 —                           |           |   | 市外局番 ( ) —                                                                                                                   |
| (公称町名)     | 現住所と同じ場合は記入する必要はありません。(同居先 方) |           |   | 携帯番号 ( ) —                                                                                                                   |

|                              |        |         |                  |               |
|------------------------------|--------|---------|------------------|---------------|
| 学 歴                          | 学 校 名  | 部・科・専攻名 | 在 学 期 間          | ○で囲む          |
|                              | 最 終    |         | 年 月～ 年 月         | 卒業・中退<br>卒業見込 |
|                              | その前    |         | 年 月～ 年 月         | 卒業・中退<br>卒業見込 |
|                              | その前    |         | 年 月～ 年 月         | 卒業・中退<br>卒業見込 |
| 職 歴<br><br>(最新のものか<br>ら順に記入) | 勤務先の名称 |         | 在職期間             | 職務内容          |
|                              |        |         | H・R 年 月～ H・R 年 月 |               |
|                              |        |         | S・H 年 月～ S・H 年 月 |               |
|                              |        |         | S・H 年 月～ S・H 年 月 |               |
|                              |        |         | S・H 年 月～ S・H 年 月 |               |

応募資格「介護支援専門員の資格をお持ちでない方」用

|                         |     |            |     |            |
|-------------------------|-----|------------|-----|------------|
| 職 務 に<br>関係のある<br>資格・免許 | 名 称 | 取得(見込み)年月日 | 名 称 | 取得(見込み)年月日 |
|                         |     | 年 月 日      |     | 年 月 日      |
|                         |     | 年 月 日      |     | 年 月 日      |
| 志<br>望<br>理<br>由        |     |            |     |            |
|                         |     |            |     |            |
|                         |     |            |     |            |
|                         |     |            |     |            |
| 自<br>己<br>P<br>R        |     |            |     |            |
|                         |     |            |     |            |
|                         |     |            |     |            |
|                         |     |            |     |            |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |    |     |       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----|-----|-------|
| 募 集 案 内             | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 名 称 | 取得年月日 | 区分 | 名 称 | 取得年月日 |
| 1 (2) イの<br>対象の国家資格 | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 年 月 日 | 3  |     | 年 月 日 |
|                     | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 年 月 日 | 4  |     | 年 月 日 |
| 1                   | ① 勤務先施設又は事業所の名称・所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |       |    |     |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |    |     |       |
|                     | ② 勤務先施設又は事業所の種別 (例：介護老人保健施設)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |    |     |       |
|                     | ③ 職種名 (例：介護職員)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |       |    |     |       |
|                     | ④ 主な業務内容 (要援護者に対する直接的な対人援助) ※□に1点のみレ点を付してください<br><input type="checkbox"/> 心身の状況に応じた介護業務 <input type="checkbox"/> 相談援助に係る業務 <input type="checkbox"/> 看護・准看護に係る業務<br><input type="checkbox"/> 診療等に係る業務 <input type="checkbox"/> 機能訓練に係る業務 <input type="checkbox"/> 「施術等に係る業務<br><input type="checkbox"/> その他 (具体的に： ) |     |       |    |     |       |
|                     | ⑤ 該当業務の従事期間 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |       |    |     |       |
| 2                   | ① 勤務先施設又は事業所の名称・所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |       |    |     |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |    |     |       |
|                     | ② 勤務先施設又は事業所の種別 (例：介護老人保健施設)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |    |     |       |
|                     | ③ 職種名 (例：介護職員)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |       |    |     |       |
|                     | ④ 主な業務内容 (要援護者に対する直接的な対人援助) ※□に1点のみレ点を付してください<br><input type="checkbox"/> 心身の状況に応じた介護業務 <input type="checkbox"/> 相談援助に係る業務 <input type="checkbox"/> 看護・准看護に係る業務<br><input type="checkbox"/> 診療等に係る業務 <input type="checkbox"/> 機能訓練に係る業務 <input type="checkbox"/> 「施術等に係る業務<br><input type="checkbox"/> その他 (具体的に： ) |     |       |    |     |       |
|                     | ⑤ 該当業務の従事期間 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |       |    |     |       |

応募資格「介護支援専門員の資格をお持ちでない方」用

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | ① 勤務先施設又は事業所の名称・所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|   | ② 勤務先施設又は事業所の種別 (例：介護老人保健施設)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|   | ③ 職種名 (例：介護職員)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|   | ④ 主な業務内容（要援護者に対する直接的な対人援助） ※□に1点のみレ点を付してください<br><input type="checkbox"/> 心身の状況に応じた介護業務 <input type="checkbox"/> 相談援助に係る業務 <input type="checkbox"/> 看護・准看護に係る業務<br><input type="checkbox"/> 診療等に係る業務 <input type="checkbox"/> 機能訓練に係る業務 <input type="checkbox"/> 「施術等に係る業務<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： ) |
|   | ⑤ 該当業務の従事期間 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4 | ① 勤務先施設又は事業所の名称・所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|   | ② 勤務先施設又は事業所の種別 (例：介護老人保健施設)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|   | ③ 職種名 (例：介護職員)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|   | ④ 主な業務内容（要援護者に対する直接的な対人援助） ※□に1点のみレ点を付してください<br><input type="checkbox"/> 心身の状況に応じた介護業務 <input type="checkbox"/> 相談援助に係る業務 <input type="checkbox"/> 看護・准看護に係る業務<br><input type="checkbox"/> 診療等に係る業務 <input type="checkbox"/> 機能訓練に係る業務 <input type="checkbox"/> 「施術等に係る業務<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： ) |
|   | ⑤ 該当業務の従事期間 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

私は、北九州市福祉事業団嘱託職員採用選考の申込をします。

なお、私は、募集案内に掲げてある応募資格をすべて満たしており、申込書の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日  
氏名  
(自筆)

必ず記入してください。

記入上の注意

- (1) ※印の欄以外はもれなく、必ず黒のインク又はボールペンで記入してください。
- (2) 記入事項に虚偽又は不正があると判明した場合は、応募資格又は採用される資格を失うことがあります。
- (3) 氏名、生年月日は、住民票記載のとおり正確に記入してください。
- (4) 申込書に記入する連絡先は、現住所を不在にする場合に北九州市福祉事業団からの通信連絡が確実に伝わる連絡先（実家等）を記入してください。（現住所と同じ場合は記入する必要はありません。）
- (5) 申込書不備の場合は受け付けません。応募資格にかかわる項目の記入もれ、写真など忘れないようにしてください。

北九州市福祉事業団