

社会福祉法人西原町社会福祉協議会職員募集要項

- 業 種
社会福祉協議会業務全般
- 募集人員
1名
- 資 格
 - ・昭和56年4月2日以降生まれの者で平成29年3月31日以前から西原町に住民登録をしている者
 - ・高等学校卒業以上の学歴を有する者
 - ・普通自動車運転免許所有者
 - ・社会福祉士または精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者
- 試験日時、場所
 - ・日 時：平成29年4月22日（土）午前9時30分～11時
平成29年4月28日（金）午前10時（第一次合格者のみ）
 - ・場 所：西原町社会福祉センター 研修室
 - ・試験科目：論文試験（第一次試験）
面接（第一次合格者のみ）
- 提出書類
 - ①受験申込書
 - ②履歴書（3カ月以内に撮影した顔写真添付）
 - ③資格証書の写し
- 申込期間
別紙の受験申込書を添えて平成29年4月3日（月）～4月17日（月）までに申し込んでください。（午前8時30分～午後5時15分、ただし土日は除く）
- 合格通知
平成29年5月2日（火）9時、ホームページにて合格者の受験番号を掲載し、合格者のみに通知します。
- 採用予定日
平成29年6月1日（木）8時30分

※その他詳細については、西原町社会福祉協議会事務局（098-945-3651）又はホームページをご覧ください。

西原町社会福祉協議会 職員採用試験受験申込書

年 月 日現在

ふりがな		性別	※出欠欄
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日・年齢	昭和 年 月 日生（満__歳） 平成		※受付番号
現住所	〒		※受付欄
電話	自宅 携帯		
最終学歴			
学校名			
学部（学科）名			
在学期間	年 月から 年 月まで		
現在の勤務先 <small>（現在働いている方は記入してください）</small>			
会社名			
部署名			
業務内容			
在職期間	年 月から 年 月まで	年 月から	年 月まで

私は標記採用試験の受験を申し込みます。
 なお、この申込書のすべての記載は事実と相違ありません。
 平成 年 月 日

氏名（自筆） (印)

----- 切り取り -----

試験受験票	※受験番号	ふりがな 氏名	写真欄 ・この欄に貼ってください。 <規格サイズ> ・縦4cm、横3cm程度 ・単身、胸から上、正面、脱帽、 3か月以内に撮影したもの	※係員
--------------	-------	----------------	--	-----

※試験日：一次選考（論文選考試験）平成29年4月22日（土）AM9:30-11:00
 二次選考（面接試験）平成29年4月28日（金）AM10:00-12:00
 ※会場：西原町社会福祉センター（西原町与那城135） 電話：098-945-3651