

受 験 願 書

社会福祉法人御浜町社会福祉協議会正規職員（介護支援専門員）採用試験
を受験したいので、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）
住 所	
世帯主氏名	
連 絡 先	電話（ ）

社会福祉法人 御浜町社会福祉協議会

会 長 川 本 集 一 様