

外国人ふれあい子育てサロン相談員応募用紙

※受付番号

ふりがな 氏名		性別	生年月日		写 真 (1) 申込の際は、必ず写真 を貼ってください。 (2) 写真は、申込前6ヶ月 以内に撮影した上半身・ 正面・無帽のもの 【パスポートサイズ】 縦4.5cm× 横3.5cm
ふりがな		男	昭和・平成 年 月 日		
氏名		女	歳 (R5.1.1時点)		
現住所	〒 -				電 話 ()
	メールアドレス :		携帯電話 : ()		
不在時 連絡先	〒 -				電 話 ()
	(現住所と同じ場合は「同上」と記入してください)				
学 歴					
学校名	学部学科名		在学期間	年限等	
(最終学校)			昭和・平成 年 月から	年課程	
			昭和・平成 年 月まで	卒見・卒業・中退 年在学中	
(その前の学校)			昭和・平成 年 月から	年課程	
			昭和・平成 年 月まで	卒業・中退	
(その前の学校)			昭和・平成 年 月から	年課程	
			昭和・平成 年 月まで	卒業・中退	
職 歴 (直近のもの 3つまで)	在職期間	勤務先	勤務内容	所在地	
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
資格・免許	名 称		取得(見込)年月日		
	普通自動車運転免許 ※自家用車所有の有無(有・無)		年 月 日取得済・取得見込		
			年 月 日取得済・取得見込		
		年 月 日取得済・取得見込			
私は、外国人相談員募集要項に掲げてある応募資格をすべて満たしており、この応募用紙に記載したことは事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 印					※受付日 月 日

注意：本書はすべて自書し、※受付番号、※受付日を除き、記載もれや印もれのないように確認しご提出ください(記載もれのある場合は受け付けません)。2枚目もありますのでご注意ください。

氏名

健康状態	※アレルギーや持病など健康上の特記すべき事項があれば記入してください。 _____ _____	
家族構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居家族あり (どちらか <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)	(同居家族ありの場合、氏名・続柄・年齢を記載してください。)
応募理由	_____ _____ _____ _____ _____	
通訳・翻訳等の経験	_____ _____ _____ _____ _____	
対応可能な言語	_____ _____	
行政窓口での困った経験(その他自由記入)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

募集を何で知りましたか(<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ハローワーク小山) <input type="checkbox"/> 募集チラシ(入手先:) <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)
--	--

注意> 印刷時に上下左右の余白の設定を変更しないでください。