

※受付番号	
-------	--

# 願 書

社会福祉法人小坂町社会福祉協議会職員採用試験を必要書類を添えて申込みします。

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

社会福祉法人 小坂町社会福祉協議会  
会 長 工 藤 保 様

## 小坂町社会福祉協議会職員採用試験受験者名簿

No.	氏 名	年 齢	住 所	連 絡 先
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				