

# 受 験 票

社会福祉法人 八王子市社会福祉協議会

写 真  
縦4cm  
×  
横3cm

職 種		受験番号	第1次	第2次
福 祉 総 合 職				
ふりがな		生 年 月 日	性別	
氏 名		年 月 日生 (満 歳)	男 女	

(満年齢は平成28年4月1日を基準とします。)

受付確認印
-------