



資格		資格取得年月						
介護福祉士		昭和・平成	年	月	取得・予定			
ホームヘルパー( ) 級)		昭和・平成	年	月	取得・予定			
視覚障害者移動介護養成研修		昭和・平成	年	月	取得・予定			
知的障害者移動介護養成研修		昭和・平成	年	月	取得・予定			
同行援護従業者養成研修		昭和・平成	年	月	取得・予定			
その他( )		昭和・平成	年	月	取得・予定			
その他( )		昭和・平成	年	月	取得・予定			
経験等	障害者施設等での職歴 内容( )							
	障害者施設等でのボランティア 内容( )							
活動可能日数	週 回 程度・以内							
他の活動	1. 清瀬市社会福祉協議会で他の仕事をしている。 (事業所名称: ) 2. 他の事業所で仕事をしている。 (事業所名称: ) 3. ボランティア活動をしている。 (事業所名称: )							
活動可能曜日、時間(可能なところに○印を記入してください。)								
勤務形態	勤務時間	月	火	水	木	金	土	日
日中勤務	8:00 ~ 18:00							
夜間勤務	18:00 ~ 翌 8:00							
志望動機								
趣味・特技								
自覚している性格								

上記記載事項は全て事実と相違ないことを誓います。

平成 年 月 日

氏名

印

\_\_\_\_\_