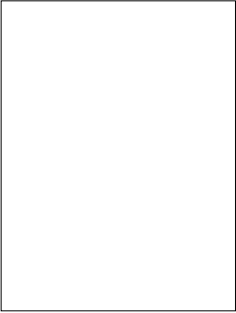


大泉町社会福祉協議会職員応募
写 真 票

※ 受験番号	
ふりがな	
氏 名	
写真貼付欄 写真は上半身(正 面向) 6ヶ月以 内に撮影したも の 縦 4 cm × 横 3 cm 撮影年月日 年 月 日	

注：※欄は記入不要

大泉町社会福祉協議会職員応募
受 験 票

※ 受験番号	
ふりがな	
氏 名	

切り離さないでください

注：※欄は記入不要

- 1 日時 令和 8 年 1 月 24 日(土)
午前 9 時 30 分～午後 2 時 20 分
- 2 会場 大泉町保健福祉総合センター
2 階研修室 1
※北側入口より入場ください。
- 3 持参するもの
○受験票 ○鉛筆、消しゴム
○昼食 ○時計(携帯電話等不可)
- ※ 必ず本票を持参し受付を済ませてください。
※ 自然災害等で試験実施が危ぶまれる場合は、
試験当日ホームページでお知らせします。