

受 験 票

社会福祉法人 松原市社会福祉協議会

記入日

年

月

日

職 種	受験番号	
事務職 (正規職員)		
ふりがな		生 年 月 日
氏 名		年 月 日生 (満 歳)

写 真
縦4cm
×
横3cm

受付確認印

【採用試験】

日 時 令和5年11月21日(火) 10時から12時ごろ

場 所 松原市役所北別館 CD

試験内容 ・ 適性検査 (20分) ・ 小論文 1,200字以上 (60分)
・ 面接試験 (20分)

【問い合わせ】

社会福祉法人松原市社会福祉協議会
総務課

〒580-0043 松原市阿保1-1-1
松原市役所東別館3階

電話 072-333-0294 FAX 072-335-0294

Mail webmaster@matsubarashakyo.net

