

令和8年度採用 福岡市保健所西衛生課  
食の衛生指導員(会計年度任用職員) 募集申込書

令和 年 月 日現在

ふりがな				
氏 名				
福岡市で旧姓で働いたことがある場合→ (旧姓: )				
生年月日				
昭和 年 月 日生 (満 歳)				
平成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在)				
現住所 〒 ( - )				
通知等の送付先 〒 ( - ) ※現住所と異なる場合のみ記入してください。				
電話番号 ( ) -		携帯番号 ( ) -		
卒業(中退)年月		最終学歴		
年 月		( 卒業 ・ 中退 ・ 在学中 )		
福岡市役所での任用履歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入) <input type="checkbox"/> 無し		
職員区分 (嘱託・臨職の 期間を含む)	在 職 期 間 (過去10年間)	任 用 所 属 ( 職 名 )		
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
福岡市役所以外の職歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入) <input type="checkbox"/> 無し		
在 職 期 間		勤 務 先	仕 事 内 容	正規・臨時の種別
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
操作できるパソコンソフト				
Word		<input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本		
Excel		<input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本		
その他 ( )		<input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本		

写真

1.申し込み前6か月以内に撮影した上半身、正面、脱帽のもので、縦4cm×横3cm程度

2.写真の裏面に氏名を記載し、貼付してください

(裏面も記載欄があります。)

