

福岡市保健医療局保健所精神保健・難病対策課、区保健福祉センター健康課 会計年度任用職員
(短期一般事務補助) 募集申込書

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏 名		生年月日 昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)		写真 縦36～40mm 横24～30mm ※写真の裏面に 氏名を記載し、 貼付。	
福岡市で旧姓で働いたことがある場合→(旧姓 :)					
現住所 〒 (-)					
電話番号 () -		携帯番号 () -			
最終学歴	(卒業・中退・在学中)			卒業(中退)年月 年 月	
福岡市役所での任用履歴	☐ 有り(※有りの場合は下記に詳細を記入) ☐ 無し				
職員区分	在職期間		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				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
福岡市役所以外の職歴	☐ 有り(※有りの場合は下記に詳細を記入) ☐ 無し				
在職期間		勤務先	仕事内容	正規・臨時の種類別	
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
資格・免許等	種類	取得(見込)年月	種類	取得(見込)年月	
		年 月		年 月	
		年 月		年 月	
		年 月		年 月	

(裏面にも記入欄があります。)

勤務先・ 任用期間の希望	募集案内の「3 勤務場所及び任用期間」を参照し、①任用期間には、勤務可能な任用期間をすべて○で囲んでください。②には希望する区分を第3希望まで記入してください。 ※ いずれでもよい場合は、□にチェックしてください。 ※ あくまで希望を伺うものであり、希望とは異なる所属に配属されることもあります。	
	① 任用期間	② 区分
	4月任用 3月任用 2月任用 ☐ いずれでもよい	第1希望 () 第2希望 () 第3希望 () ☐ いずれでもよい
志望動機（自由記載）		
活かしてほしい能力（自由記載）		
自己PR(自由記載)		

私は福岡市保健医療局保健所精神保健・難病対策課、区保健福祉センター健康課会計年度任用職員（短期一般事務補助）募集案内の記載内容を了承のうえ、採用に係る申し込みをします。
なお、募集案内に記載がある受験資格は全て満たしており、この申込書の記載内容は全て事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（自署）_____

- 【注意事項】
- 1. 書類選考による一次試験といたしますので、記載誤り記載漏れがないようご注意ください。
 - 2. 記載内容に虚偽がある場合には任用が取り消しになる場合があります。