

令和2年度 福岡市子ども未来局指導監査課
保育支援看護師B（会計年度任用職員）採用試験申込書

※印欄は記入しないでください。

		1次	2次
		※ 受験番号	
No. _____		写真を添付する位置	
ふりがな 氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (令和2年9月1日現在) 満 歳 月	① 申込み前3か月以内に 撮影した上半身, 脱帽, 正面のもので縦4cm× 横3cm程度 ② 写真の裏に氏名を記入 すること	
ふりがな 現住所 (〒 -)		電話 () - 携帯電話	
ふりがな 通知の際の連絡先 (〒 -)		電話 () - 携帯電話	
学歴 学校名	学部 学科・専攻	在学期間	卒業, 中退
(最終学歴)		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
(その前)		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
職歴 現在までの職業経験を詳しく書いてください。			
勤務先	所在地	在職期間	職務内容
現在		年 月 ~ 年 月 (年 月)	
その前		年 月 ~ 年 月 (年 月)	
その前		年 月 ~ 年 月 (年 月)	
その前		年 月 ~ 年 月 (年 月)	
【申込みの動機】			
.....			
.....			
免許・資格の種類 取得年月	【免許・資格の種類】	【取得年月】	昭和・平成 年 月
	【免許・資格の種類】	【取得年月】	昭和・平成 年 月
	【免許・資格の種類】	【取得年月】	昭和・平成 年 月
私は, 福岡市保育支援看護師試験の申込みをします。この申込書の記載事実に相違ありません。			
令和 年 月 日			
氏名 (自筆)		印	

- □には該当するものに×をつけてください。
- 印鑑は, 認印で結構です。(シャチハタ印, ゴム印は不可)
- 記載事項に虚偽がある場合は, 採用される資格を失います。