

令和8年度 福岡市認知症初期集中支援員採用試験申込書【医療職・介護職】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                |          |                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------|----------|------------------------------------------------------------------------|--|
| 受験番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | 出 欠            |          | 写真貼付欄<br>1 申し込み前6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<br>2 写真の裏に氏名を記入すること |  |
| ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                |          |                                                                        |  |
| 生年月日<br>昭和 年 月 日 年齢 歳<br>平成                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                |          |                                                                        |  |
| 〒 ふりがな<br>現 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                |          | 電話：                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                |          | 携帯：                                                                    |  |
| 〒 ふりがな<br>通知の際の連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                |          | 電話：                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                |          | 携帯：                                                                    |  |
| 学歴 (中退の場合も必ず記入してください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                |          |                                                                        |  |
| 学校名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 学部 | 学科・専攻          | 在学期間     | 卒業・中退の別                                                                |  |
| 最終                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                | 年 月～ 年 月 | 卒業・中退<br>卒業見込                                                          |  |
| その前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                | 年 月～ 年 月 | 卒業・中退                                                                  |  |
| その前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                | 年 月～ 年 月 | 卒業・中退                                                                  |  |
| 希望職種 (医療職または介護職のどちらかひとつに○を記入してください)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                |          |                                                                        |  |
| ( ) 医療職 ( ) 介護職 <input type="checkbox"/> 医療職、介護職の両方の応募資格がある方で、他方を第2希望とされる場合には、□にチェックを入れてください。                                                                                                                                                                                                                         |    |                |          |                                                                        |  |
| 資格・免許等 (受験種別にかかわらず取得している資格すべてをチェックしてください)                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                |          |                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士<br><input type="checkbox"/> 上記以外の資格 ( ) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の資格がある方は、□をチェックしてください。 |    |                |          |                                                                        |  |
| 種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 番号 | 取得(見込)年月日      |          |                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | 昭和・平成・令和 年 月 日 |          |                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | 昭和・平成・令和 年 月 日 |          |                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | 昭和・平成・令和 年 月 日 |          |                                                                        |  |
| 勤務地について(希望順に1～5の数字を記入してください。通勤困難な区は×を記入すること)<br>※ご希望にそえないことがありますので、あらかじめご了承ください。                                                                                                                                                                                                                                      |    |                |          |                                                                        |  |
| ( ) 東区 ( ) 中央区 ( ) 南区 ( ) 城南区 ( ) 早良区 ( ) 西区                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                |          |                                                                        |  |
| 普通自動車運転免許の有無 有 ・ AT限定 ・ ペーパードライバー ・ 無                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                |          |                                                                        |  |
| パソコンでのデータ入力(Word、Excel等)を行ったことがあり 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                |          |                                                                        |  |
| 募集案内の応募資格要件に該当する実務経験(経験年数)、特技等について記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                |          |                                                                        |  |
| 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務 総経験年数 (令和7年11月時点) 年 か月<br>ケアプラン作成経験の有無 ( 有 ・ 無 )                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                |          |                                                                        |  |

※太枠内について、すべて記入してください。

**職歴** （現在までの職業経験を詳しく記入してください）

| 勤務先<br>(部・課又は診療科) | 所在地<br>(番地まで) | 在職期間                    | 仕事内容 | 退職理由<br>在職中であれば「在職中」 |
|-------------------|---------------|-------------------------|------|----------------------|
| 最終（現在）            |               | 年 月<br>～<br>年 月<br>年 か月 |      |                      |
| （その前）             |               | 年 月<br>～<br>年 月<br>年 か月 |      |                      |
| （その前）             |               | 年 月<br>～<br>年 月<br>年 か月 |      |                      |
| （その前）             |               | 年 月<br>～<br>年 月<br>年 か月 |      |                      |

※上記記載欄以外に職歴を有する場合は、別紙(用紙不問)に記載しての提出可能

※採用日前10年間に福岡市職員（会計年度任用職員等を含む）として在職勤務がある場合、すべて記入してください。

※

私は、福岡市認知症初期集中支援員に係る受験申込をしますが、この記載事項に相違ありません。

また、募集案内記載の応募資格を満たしていることを申し添えます。

令和 年 月 日

氏 名（自筆）

不採用になった場合、保健福祉センター等に勤務する会計年度任用職員等を募集する際の連絡を希望しますか。(いずれかに○) ※「希望する」場合、募集する担当課からの問合せに対し情報を提供します。

1. 希望する

2. 希望しない

**【注意事項】**

1. 太枠内について、すべて記入してください。
2. ※欄の日付、氏名については、本人の自筆で記入してください。
3. 合格等の通知書は現住所に連絡します。通知先が現住所と異なる場合は、希望される通知先を「通知の際の連絡先」欄に記入してください。現住所と同じ場合は記入の必要はありません。
4. 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。