

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】

受験番号		出 欠		写真貼付欄	
ふりがな 氏 名				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	
生年月日 昭和 年 月 日 年齢 歳 平成				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：	
〒 ふりがな 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。)					
最終	学校名	学部	学科・専攻	在学期間 年 月～ 年 月	卒業・中退の別 卒業 ・ 中退 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
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"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 上記以外の資格 ()					
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	
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ますか。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8年3月時点) 年 か月					

※太枠内について、すべて記入してください。

