令和９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
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 2 写真の裏に氏名を記入すること
生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日　年齢　　歳		
〒 現 住 所　ふりがな		電話: 携帯:
〒 通知の際の連絡先　ふりがな		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 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**　☐ 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）

☐保健師　☐看護師　☐理学療法士　☐作業療法士　☐社会福祉士　☐介護福祉士　☐精神保健福祉士

☐上記以外の資格（　　）　☐ 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）
※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　（　　）博多区　（　　）南区　（　　）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８年11月時点）　　年　　か月

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