令和9年度採用　福岡市介護保険認定調査員（会計年度任用職員）採用試験申込書

※受験番号	※　①出 欠　②出 欠	写真貼付欄
ふりがな 氏　名		1 申込前3ヵ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面のもので縦4cm×横3cm 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（令和10年3月31日現在）		
〒 ふりがな 現 住 所		電話（　　） －
〒 ふりがな 通知の際の連絡先		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・卒業見込の別
最終（現在）			年　月～　年　月	卒業 ・ 中退 卒業見込
その前			年　月～　年　月	卒業 ・ 中退

資格・免許等

種類	番号	取得年月日
		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
		昭和・平成・令和　年　月　日
		昭和・平成・令和　年　月　日

介護支援専門員証の有効期間	令和　年　月　日
令和9年4月1日時点における介護支援専門員の資格の有無 （どちらかを○で囲んでください。）	有　・　無
志望動機（自由記載）	
配属先に関して特に配慮して欲しい事項	

＜記入上の留意点＞

1 「通知の際の連絡先」欄について
　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。
2 記入事項に虚偽がある場合は、採用される資格を失います。

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		
（その前）		年　月 ～ 年　月 年　か月		
（その前）		年　月 ～ 年　月 年　か月		

私は、福岡市介護保険認定調査員（会計年度任用職員）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、募集案内記載の受験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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿