

令和8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				1 申込前3カ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	
氏 名					
生年月日 昭和 年 月 日 年齢 歳（令和9年3月31日現在） 平成					
〒 ふりがな				電話（ ）	
現住所				—	
〒 ふりがな				携帯（ ）	
通知の際の連絡先				—	
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8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	
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＞

- 「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。
- 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		

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) _____