

令和7年度 福岡市保健所西衛生課 医薬務事務指導員 募集申込書

令和 年 月 日現在

ふりがな				写真 1. 申し込み前6か月以内に撮影した上半身、正面、脱帽のもので、縦4 cm×横3 cm程度 2. 写真の裏面に氏名を記載し、貼付してください	
氏 名					
福岡市で旧姓で働いたことがある場合→（旧姓： ）					
生年月日					
昭和 年 月 日生（満 歳）					
平成 年 月 日生（令和7年4月1日現在）					
現住所 〒（ ）					
通知等の送付先 〒（ ） ※現住所と異なる場合のみ記入してください。					
電話番号（ ）		—		携帯番号（ ）	—
卒業(中退)年月		最 終 学 歴			
年 月		（ 卒業 ・ 中退 ・ 在学中 ）			
福岡市役所での任用履歴		☐ 有り（※有りの場合は下記に詳細を記入） ☐ 無し			
職 員 区 分 (嘱託・臨職の期間を含む)	在 職 期 間 (過去10年間)		任 用 所 属（ 職 名 ）		
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
福岡市役所以外の職歴		☐ 有り（※有りの場合は下記に詳細を記入） ☐ 無し			
在 職 期 間		勤 務 先	仕事内容	正規・臨時の種別	
年 月 ～ 年 月					
年 月 ～ 年 月					
年 月 ～ 年 月					
年 月 ～ 年 月					
操作できるパソコンソフト					
W o r d		☐ 応用 ☐ 基本			
E x c e l		☐ 応用 ☐ 基本			
その他（ ）		☐ 応用 ☐ 基本			

（裏面も記載欄があります。）

資格・免許について	
取得年月日	資格・免許
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
志望動機（自由記載）	
自己PR（自由記載）	
活かしてほしい能力（自由記載）	

※募集申込書は、必ずボールペンで自筆により記入してください。（鉛筆、マジック、消せるペン不可）