

令和7年度福岡市臨床心理相談員（会計年度任用職員）採用試験申込書

※受験番号		※出欠		令和 年 月 日現在			
ふりがな		生年月日		昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)		写真 縦36～40mm 横24～30mm ※写真の裏面に氏名を記載し、貼付。	
氏 名							
福岡市で旧姓で働いたことがある場合→（旧姓： ）							
現住所 〒 (-)							
電話番号 () -				携帯番号 () -			
最終学歴	(卒業・中退・在学中)				卒業（中退）年月		
					年 月		
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	在職期間		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						
	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							
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
取得年月		資格・免許					
年 月							
年 月							
年 月							
年 月							

（裏面にも記入欄があります。）

志望動機、自己PRなど（自由記載）

私は福岡市臨床心理相談員（会計年度任用職員）募集案内の記載内容を了承のうえ、採用に係る申し込みをします。

なお、募集案内に記載がある受験資格は全て満たしており、この申込書の記載内容は全て事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名（自署）

【留意点】

1. ※欄以外は、すべて本人の自筆で記入し、写真を必ず貼付してください。
2. 現住所に受験票及び合格等の通知書を送付いたします。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。
3. 記載内容に虚偽がある場合には任用が取り消しになる場合があります。