

**令和8年度採用 保健医療局地域保健課会計年度任用職員
(食育推進員) 採用試験申込書**

※受験番号	※出欠	写真貼付欄 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	
ふりがな 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 年齢 歳 (令和8年4月1日現在)			
〒 現住所			
電話 () —			
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
資格・免許等			
種類	番号	取得年月日	
管理栄養士免許		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
①パソコン操作(ワード、エクセル、パワーポイント等)について、いずれかに○をつけてください。 (文書作成や表作成など基本的な操作可能・単純な入力のみ可能・できない) ②応募の動機について書いてください。			

※欄以外の太枠内について、すべて記入してください。

職歴（今までの職業経験を詳しく記入してください。）

勤務先 (部・課まで)	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		

【注意事項】 注意事項をお読みのうえ、チェックボックスへチェックを入れてください。

私は、食育推進員(会計年度任用職員)に係る受験申込をしますが、本申込書及び別紙職務経歴書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。

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。

上記内容に同意します。

【記載上の注意事項】

- ※欄以外の太枠内について、すべて記入してください。
自筆の場合は黒又は青色のペンもしくはボールペン(消えるペン不可)を使用して記入してください。
- 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。