

**令和8年度採用 福岡市こども未来局指導監査課
保育支援看護師(会計年度任用職員・産休代替)採用試験申込書**

※1次	※2次
※印欄は記入しないでください。	
※ 受験番号	写真を添付する位置
No. _____	

ふりがな 氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (令和8年4月1日現在)満 歳 月		① 申込み前6か月以内に撮影した 上半身、脱帽、正面のもの 縦4cm×横3cm ② 写真の裏に氏名を記入 すること
ふりがな 現住所 (〒 -)			
ふりがな 通知の際の連絡先 (〒 -)			電話() — 携帯電話
学歴 学校名 (最終学歴)	学部 学科・専攻	在学期間 年 月 ~ 年 月	卒業、中退 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
(その前)		年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込

職歴 現在までの職業経験を詳しく書いてください。

勤務先	所在地	在職期間	週労働時間	職務内容
現在		年 月 ~ 年 月 (年 月)	時間/週	
その前		年 月 ~ 年 月 (年 月)	時間/週	
その前		年 月 ~ 年 月 (年 月)	時間/週	
その前		年 月 ~ 年 月 (年 月)	時間/週	

【申込みの動機】

免許・資格の種類 取得年月	【免許・資格の種類】	【取得年月】 昭和・平成 年 月
	【免許・資格の種類】	【取得年月】 昭和・平成 年 月
	【免許・資格の種類】	【取得年月】 昭和・平成 年 月

私は、福岡市保育支援看護師試験の申込みをします。この申込書の記載事実に相違ありません。
令和 年 月 日
氏名(自筆)

- □には該当するものに×をつけてください。
- 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。