

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. _____	
			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 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		
ふりがな 現住所 (〒 -)				電話() — 携帯電話
ふりがな 通知の際の連絡先 (〒 -)				電話() — 携帯電話
学歴	学校名	学部 学科・専攻	在学期間	卒業, 中退
(最終学歴)			年 月 ~ 年 月	<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
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。