

令和 7 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）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	
希望職種（どちらかに○をつけてください）				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 4 cm × 横 3 c m ② 写真の裏に氏名を記入 すること	
保育支援看護師 A		保育支援看護師 B					
ふりがな		生年月日		昭和・平成 年 月 日 (令和 7 年 7 月 1 日現在) 満 歳 月			
氏名							
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		☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 卒業見込	
(その前)				年 月 ~ 年 月		☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 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。