

令和8 年度 南区地域保健福祉課職員欠員代替保健師  
【 会計年度任用職員】採用試験申込書

※受験番号		※確認		写真貼付欄	
ふりがな 氏 名				1 申し込み前6ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面のもので30mm×40mm	
生年月日 昭和 年 月 日 年齢 歳（令和8年4月1日現在） 平成				2 写真の裏に氏名を記入すること	
ふりがな 〒 現 住 所				電話（ ） —	
ふりがな 通知の際 〒 の連絡先 ※現住所と同じ場合は記入不要。				電話（ ） —	
学歴（中退の場合も必ず記入して下さい。）					
学校名		学部	学科・専攻	在学期間	卒業・中退・卒業見込の別
最終(現在)				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	
				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	
				昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
応募の動機・募集案内の資格要件に該当する実務経験・特技等について書いてください。					

職歴（詳しく記入して下さい。）

勤務先	在職期間	主な仕事内容
最終(現在)	年 月 ↓ 年 月	
その前	年 月 ↓ 年 月	
その前	年 月 ↓ 年 月	
その前	年 月 ↓ 年 月	
その前	年 月 ↓ 年 月	
その前	年 月 ↓ 年 月	
その前	年 月 ↓ 年 月	

私は、令和8年南区地域保健福祉課職員欠員代替保健師【会計年度任用職員】に係る受験申込をしますが、こ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。

令和 年 月 日

氏 名（自筆）

不採用になった場合、保健福祉センター等に勤務する会計年度任用職員を募集する際の連絡を希望しますか。（いずれかに○） 1. 希望する 2. 希望しない

【記入上の留意点】

- 1 ※欄以外は、すべてボールペンで本人の自筆で記入して下さい(鉛筆、マジック、消えるペン不可)。
- 2 「通知の際の連絡先」欄について  
合格等の通知は現住所あてに行います。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。現住所と同じ場合は記入の必要はありません。
- 3 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。

【個人情報の取り扱いについて】

この申込書で収集した個人情報は南区地域保健福祉課職員欠員代替保健師【会計年度任用職員】選考事務のみで使用し、他の目的では使用いたしません。