

※申込書(1)(2)は、両面印刷してご使用ください。

令和8年度採用 西区西部出張所  
高齢者医療制度等相談員(会計年度任用職員)募集申込書(1)

令和 年 月 日現在

ふりがな	生年月日 ※元号で記載してください			写真
氏名	年 月 日生 (満 歳)			縦 40 mm 横 30 mm ※写真裏面に 氏名を記載し貼付
※福岡市で旧姓で働いたことがある場合→(旧姓: )				
現住所 〒( )				
電話番号 ( )	－	携帯電話 ( )	－	
卒業(中退)年月 年 月	最終学歴 (卒業・中退・在学中)			
福岡市役所での任用履歴	<input type="checkbox"/> 有り (※ 有りの場合は下記に詳細を記入)			<input type="checkbox"/> 無し
職員区分	在職期間		任用所属	
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
福岡市役所以外の職歴	<input type="checkbox"/> 有り (※ 有りの場合は下記に詳細を記入)			<input type="checkbox"/> 無し
在職期間	勤務先		仕事内容	正規・臨時の種別
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
取得年月	資格・免許		取得年月	資格・免許
年 月			年 月	
年 月			年 月	
年 月			年 月	
年 月			年 月	
年 月			年 月	

※申込書(1)(2)は、両面印刷してご使用ください。

## 令和8年度採用 西区西部出張所

## 高齢者医療制度等相談員(会計年度任用職員)募集申込書(2)

## 1 応募の動機

## 2 窓口および電話対応において、相談員としてどのような姿勢が必要と考えますか？

3 自己PR

私は、西区西部出張所高齢者医療制度等相談員の募集案内の記載内容を了承のうえ、採用に係る受験申込をします。なお、募集案内に掲げている受験資格をすべて満たしており、この申込書の記載事項はすべて事実と相違ありません。

令和 年 月 日 署名(自筆)

1. 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。
  2. 提出された応募書類は、一切返却しません。