

福岡市健康相談員(会計年度任用職員)採用試験申込書

(令和年 月 日現在)

※出欠

募 集 区 分				※ 受 験 番 号		写真を貼る位置 (1) 写真の裏面に氏名を書き、 のりをつけ、この欄にしっかり 貼ってください。 (2) 写真は申し込み前6か月以内 に撮影した上半身、正面脱帽 のものでなければなりません。 (3) 写真の大きさは、 縦4～5cm、横3～4cm。 (4) 規定の写真は貼っていない 場合は受け付けませんので ご注意ください。			
健康相談員				No. _____					
ふりがな									
氏 名									
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢 満 歳 (令和8年4月1日現在)	(令和 年 月撮影)			
ふりがな					連 絡 先 (電 話)				
現 住 所	(〒 -)				①携帯・自宅・勤務先・その他() () -				
ふりがな					②携帯・自宅・勤務先・その他() () -				
連 絡 先	(〒 -) ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入								
学 歴 (中途退学の場合も必ず記入)									
学 校 名		学 部		学科・専攻		在学期間		卒業・中退の別	
(最終学校)						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	
(その前)						年 月 ～ 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
福岡市役所での任用履歴		<input type="checkbox"/> 有 (※有の場合は下記に詳細を記入してください。) <input type="checkbox"/> 無し							
在職期間		任用所属(職名)				職員区分(臨時職員・嘱託員等)			
現在(最終) 年 月 ～ 年 月									
(その前) 年 月 ～ 年 月									
(その前) 年 月 ～ 年 月									
福岡市役所以外の職歴		<input type="checkbox"/> 有 (※有の場合は下記に詳細を記入してください。) <input type="checkbox"/> 無し							
在職期間		勤務先				仕事内容			
現在(最終) 年 月 ～ 年 月									
(その前) 年 月 ～ 年 月									
(その前) 年 月 ～ 年 月									

(注意) ・□のところは、該当するものに■印をつけてください。 ・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。
・※印欄には記入しないでください。 ・裏面にも記載欄があります。必ず記入してください。

所有する免許・資格の種類		
取得年月日	種 類	番 号
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

【志望動機】

(本試験を受けようと考えた理由、取り組みたい業務内容などについて具体的に記載してください。)

● この欄にも、記入年月日、氏名を記入してください。

私は、福岡市健康相談員(会計年度任用職員)募集案内の記載内容を了承の上、福岡市健康相談員の採用試験に係る申し込みをします。

なお、募集案内に掲げられている受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項は全て事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 (自筆)