

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)		<input checked="" type="checkbox"/> 出欠			
募集区分		※受験番号		写真を貼る位置	
健康相談員		No.		(1) 写真の裏面に氏名を書き、 のりをつけ、この欄にしっかりと 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) 規定の写真を貼っていない 場合は受け付けませんので ご注意ください。	
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)
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。)

（記入用横線）

● 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）
