

同意書

私は、戸畑区役所保健福祉課 会計年度任用職員（保健師）の選考にあたり、下記の申込資格をすべて満たします。また、下記暴力団員排除の方針に基づき、身元確認のため、必要な官公庁へ照会することに同意します。

○申込資格

・保健師の資格を有する者

ただし、次のいずれかに該当する者は、会計年度任用職員になることができません。

- ① 禁固以上の刑に処せられ、その執行が終わるまで、又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- ② 市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- ③ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者
- ④ 免許・資格の必要な業務については、必要な免許・資格を有しない者、又は有しなくなった者

○暴力団員排除について

暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）と判明した場合は、他の成績いかににかかわらず、委嘱しません。

（自筆）令和 年 月 日

氏名 _____