

※受験番号	氏名（ふりがな）		生年月日	写真欄 申込前3ヶ月以内に帽子をつけてないで上半身、正面向きをとったもので、本人と確認できるものを枠内に貼ること。 (タテ4cm×ヨコ3cm)
			昭和／平成 年月日 (歳)	
現住所	(郵便番号ー)			
連絡先	(住所) ※現住所と同じ場合は記入する必要はありません。 (郵便番号ー) (電話) 自宅(ーー) <input type="checkbox"/> 日中連絡のつくものに☑を付けて 携帯電話(ーー) <input type="checkbox"/> ください (メールアドレス)()			
学歴	最終（現在）学校・学部・学科		在学期間 年月入学 ～年月卒業・卒見 在学・中退	
資格免許	保健師・看護師の資格 ※取得している資格に○をつけてください。 その他の資格		年月取得	
職歴	勤務先の名称（直近3つ程度を記入）	在職期間 S・H・R 年月～S・H・R 年月		職務内容
		S・H・R 年月～S・H・R 年月		
		S・H・R 年月～S・H・R 年月		
希望	国保保健事業担当			
志望理由・自己PR等				
太枠内を記載してください。				

記載事項はすべて令和8年4月1日現在で記入してください。

私は、「北九州市会計年度任用職員採用試験案内」の記載内容を自らすべて了承のうえ、同試験を受験したいので申し込みます。
 試験案内に掲げてある受験資格を全て満たします。
 記載内容について、必要な官公庁に照会することに了承します。筆
 また、この申込書の記載事項は事実に相違ありません。

令和 年 月 日
氏名