

北九州市会計年度任用職員(認知症地域支援推進員等配置事業実施業務)

採用試験申込書兼履歴書

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。 (㍿4cm×㍿3cm)
		昭和 / 平成 年 月 日 (歳)	
現住所	(郵便番号 -)		
連絡先	(住所)※通知の際の連絡先(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 -) (電話)自 宅 (- -) <input type="checkbox"/> ※日中連絡のつくものに㊦を付けてください 携帯電話 (- -) <input type="checkbox"/> (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	受験資格確認欄※該当欄にチェック「レ」 1 認知症の医療や介護における専門的知識及び経験がある → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2 下記に掲げる法定資格に基づく業務に従事した経験がある → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合、該当する資格を○で囲む(複数回答可) 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護支援専門員 3 下記に示す業務に従事した経験がある → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合、該当する業務を○で囲む(複数回答可) ・相談支援専門員として「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」第5条第18項に規定する事業に関する業務 ・福祉事務所での相談援助業務(社会福祉主事任用資格を有すること) 4 普通自動車運転免許を有し、自動車の運転ができる → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
職歴	勤務先の名称(直近3つ程度を記入)	在 職 期 間	職 務 内 容
	最終	S・H・R 年 月～S・H・R 年 月	
	その前	S・H・R 年 月～S・H・R 年 月	
	その前	S・H・R 年 月～S・H・R 年 月	
志望理由等			

※太枠内を記載してください。
※記載事項は全て令和8年4月1日現在で記載してください。
※温度変化により文字が消えるペン(フリクションペン等)は使用しないでください。
※自筆欄を除いて、PC等を用いて作成していただいて構いません。
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。
また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

(添付書類)
☐ 資格免許証等(写)
☐ 作文(所定の様式のもの)
☐ 返信用封筒(長形3号封筒、110円切手貼付、1通)

令和 年 月 日
氏名(自筆)