

## 北九州市保健福祉局人権文化推進課会計年度任用職員【事務補助】選考試験申込書

ふりがな		生年月日		年齢	※受験番号
氏名		昭和 年	月	日	満歳
現住所 (公称町名で記入のこと。)		電話番号		( )	-
郵便番号(〒 - ) 同居先(方) 都道府県 市郡 区町					
通知の際の連絡先 (公称町名で記入のこと。現住所と同じ場合は記入する必要はありません。)		電話番号		( )	-
郵便番号(〒 - ) 同居先(方) 都道府県 市郡 区町					

私は、北九州市保健福祉局人権文化推進課会計年度任用職員【事務補助】選考試験の申し込みについて、当該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。

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。  
なお、採用案内に掲げてある受験資格をすべて満たしています。  
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 (自筆)

北九州市保健福祉局人権文化推進課会計年度任用職員【事務補助】選考試験

## 受験票

※受験番号

氏名

1 面接日 令和8年2月15日(日)

2 集合時間 ※ 時 分 集合

3 面接会場 北九州市人権推進センター  
北九州市小倉北区大手町11番4号  
大手町ビル(ムーブ)8階

## &lt;受験注意事項&gt;

- 試験当日は指定の時刻までに集合してください。  
遅刻者は原則として受験できません。
- 受験の際は、必ず本票を持参してください。
- 公共交通機関をご利用ください。
- 試験時間中は、携帯電話等の電源を切ってください。

北九州市保健福祉局人権推進センター人権文化推進課

北九州市小倉北区大手町11番4号  
電話: (093) 562-5010

- ### 【記入上の注意】
- 記入事項に虚偽又は不正があると、合格を取り消すことがあります。
  - ※印の欄以外(太わく内)に、もれなく正確に記入してください。
  - 黒のインク又はボールペン(消せるボールペンは不可)を使用し、字体はかい書、数字は算用数字、ふりがなはひらがなで記入してください。
  - 氏名、生年月日は、戸籍記載のとおり正確に記入してください。
  - 同居している場合は、同居先を必ず記入してください。
  - 通知の際の連絡先は、現住所を不在にする場合に北九州市からの通信連絡が確実に伝わる連絡先を記入してください。
  - 申込書不備の場合は受け付けません。