

保健福祉局保健企画課会計年度任用職員（保健師又は看護師）  
選考試験申込書兼履歴書

【公害保健の業務】

令和8年4月1日現在

受験番号	氏名（ふりがな）		生年月日		写真  申込3ヶ月以内に、帽子を 付けなくて、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）
※記入不可			昭和・平成		
			年 月 日（ 歳）		
現住所	(〒 - )				
連絡先	(〒 - )（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（日中連絡のつくものに「レ」をつけてください。） <input type="checkbox"/> 自宅 ( - - ) <input type="checkbox"/> 携帯番号 ( - - )				
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		
職歴	勤務先の名称 ※ アルバイト等の場合はその旨記載		在職期間		職務内容
	最終		年 月～ 年 月		
	その前		年 月～ 年 月		
	その前		年 月～ 年 月		
資格・免許等	資格・免許 名称				取得年月日
	パソコン操作 ※（ ）は、その内容・程度	<input type="checkbox"/> Word ( )		<input type="checkbox"/> Excel ( )	
志望理由					
自己PR					

記入上の注意

- (1) 太枠内はもれなく、ボールペンまたは黒のインクで記入してください。
- (2) 申込記載事項に虚偽または不正がある場合は、合格を取り消すことがあります。
- (3) 氏名、生年月日は戸籍等記載の通りに正確に記入してください。
- (4) 写真の裏面に氏名を記入しておいてください。

私は、「保健福祉局保健企画課会計年度任用職員（保健師又は看護師）選考案内」の記載内容をすべて了承のうえ、同選考試験に申し込みます。なお、選考案内の受験資格を全て満たしており、この申込書兼履歴書の記載事項は全て事実と相違ありません。また、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。

(自筆) 令和 年 月 日  
氏名