

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 ※記入不可	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	(〒　　-　　)				
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
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に相違ありません。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。

(自等)

令和 年 月 日

底名