

門司区役所保健福祉課会計年度任用職員（保健師等）

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。 (※4 cm×3 cm)
		昭和 / 平成	年 月 日 (歳)	
現住所	(郵便番号 -)			
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 -) (電話) 自宅 (-) □ ※日中連絡のつくものに☑を付けて 携帯電話 (-) □ 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			年 月 取得 取得見込み	
			年 月 取得 取得見込み	
			年 月 取得 取得見込み	
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	
		年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月		
志望理由・自己PR等				

※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、「門司区役所保健福祉課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。

試験案内に揚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。

（自筆）

令和 年 月 日
氏名