

※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	保健師 ・ 看護師 の資格 ※取得している資格に○をつけてください。			年 月 取得		
	その他の資格					
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	
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月			
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月			
希望	国保保健事業担当					
志望理由・自己PR等						

太枠内を記載してください。

記載事項はすべて令和7年4月1日現在で記入してください。

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