

障害者虐待相談員業務(会計年度任用職員)
採用試験申込書

※受験番号

裏面の記入上の注意をよく読んでから記入してください。

(ふりがな) 氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日生	年齢(R7.4.1.現在) 満 歳
(ふりがな) (公称町名で記入のこと) 現住所 郵便番号() (同居先 方) (電話 - -)		
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。) 郵便番号() (同居先 方) (電話 - -)		
保健師 社会福祉士 の資格 精神保健福祉士 看護師	昭和 平成 令和	年 月 日 取得

↑ ここに、氏名のふりがなのうち最初の2文字をひらがなで書いてください。
例えば、「中村」なら「なか」と書く。

私は、障害者虐待相談員業務(会計年度任用職員)採用試験の申込みをしますが、試験案内の記載内容を了承の上、欠格事項のいずれにも該当していません。
また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。
<切り取らないでください。>

令和 年 月 日
氏名
(自筆)

障害者虐待相談員業務(会計年度任用職員)

採用試験

受 験 票

※受験番号
氏名
※集合時間 時 分

記入上の注意

- 1 記入事項に虚偽または不正があると、障害者虐待相談員業務(会計年度任用職員)として任用される資格を失うことがあります。
- 2 ※印の欄以外(太わく内)は、漏れなく正確に記入してください。
- 3 黒のインクまたはボールペンを使用し、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。
- 4 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。
- 5 同居している場合は、同居先を必ず記入してください。
- 6 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。
- 7 申込書不備の場合は受け付けません。

北九州市保健福祉局障害者支援課

北九州市小倉北区内1番1号
郵便番号 803 - 8501 電話 (093) 582 - 2424