

北九州市会計年度任用職員(保健師) 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。 (㍿4cm×㍿3cm)	
				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㊦を付けてください 携帯電話 (- -) ☐ (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	保健師の資格		年 月 取得		普通自動車運転免許		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				
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月				
志 望 理 由 ・ 自 己 P R 等							
選考結果の通知について、該当の数字を○で囲んでください。 不合格であった場合、試験の結果に関する情報(全受験者中の順位)の提供を 1 希望します 2 希望しません							

・記載事項はすべて **令和7年10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。
試験案内に掲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。

(添付書類) ☐ 保健師免許証(写) ☐ 作文(所定の様式によるもの)

(自
筆)

令和 年 月 日
氏名