

受験番号:

保健福祉局地域リハビリテーション推進課
会計年度任用職員採用試験申込書 [地域リハビリテーション推進業務]

氏名(ふりがな)		性別	生年月日	
-----		男 ・ 女	昭和 平成	年 月 日 (歳)
現住所	(〒 —) (電話: — —)			
連絡先	(〒 —) (電話: — —) (mail:) ※通知の際の連絡先(現住所と同じ場合は記入する必要はありません)			
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	
免資 許格				
職歴 (新しく いだき 方から 記入)	勤務先の名称	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		
		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
応募 動機				
自己 P R				

写 真

申込3か月以内に帽子を付けないで、上半身、正面向きを撮ったもので、本人と確認できるものを枠内に貼ること。

(タテ4cm×ヨコ3cm)

※職歴、応募動機、自己PRの記入欄が足りない場合は、別紙(様式自由)に記入・提出してください。

私は、北九州市保健福祉局地域リハビリテーション推進課会計年度任用職員採用試験の受験申し込みしますが、当該募集要項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。
記載内容について、必要な官公庁に照会することを了承します。
また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

氏名
(自筆)

あなたが働くうえで大切にしているもの、または大切にしたいものは何ですか。またそれは、公務員として仕事をしていくうえで、どのように生かすことができると考えますか。

受験番号	氏名(ふりがな)

[illegible][illegible]

(20 × 20)