

北九州市会計年度任用職員(高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施業務)
採用試験申込書兼履歴書

受験番号	氏名		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。 (タテ4cm×ヨコ3cm)
	(ふりがな)		昭和 / 平成 年 月 日 (歳)	
現住所	(郵便番号 -)			
連絡先	(住所)※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) (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・管理栄養士・歯科衛生士の資格免許 取得している資格免許に○をつけてください。		年 月 取得	
	普通自動車運転免許		年 月 取得	
	その他の資格(取得年月)			
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	
	最終	S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	その前	S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	その前	S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
志望理由・自己PR等				

※太枠内を記載してください。
※記載事項は全て令和8年4月1日現在で記載してください。
※温度変化により文字が消えるペン(フリクションペン等)は使用しないでください。
※自筆欄を除いて、PC等を用いて作成していただいて構いません。
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に相違ありません。

(添付書類)
☐資格免許証(写)
☐作文(所定の様式のもの)
☐返信用封筒(長形3号封筒、110円切手貼付、1通)

令和 年 月 日
氏名(自筆)