

# 令和6年度 福島町職員採用試験申込書（保健師）

(写真を張る位置)  
 ・写真は3か月以内に撮影したもので、無帽、上半身、正面向きで撮ったもの  
 ・縦4cm×横3cm  
 ・写真の裏に氏名を記入して下さい

○ 記入については、裏面の記入要領をよく読んでから記入して下さい。

氏名(ふりがな)		性別	生年月日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成	年 月 日生 (令和6年4月末現在で満 歳)
現住所	ふりがな 〒			
	自宅又は携帯電話 ( ) -			
E-mail				
本籍地	ふりがな 〒			
	連絡先電話 ( ) -			
※連絡先を希望する場合のみ記入				

## ■ 学歴

学校名(高校以上を記入)	学部	学科	在学期間	修学区分
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 修了
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 修了
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 修了
			年 月から 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 修了

## ■ 職歴

勤務先名	部課・役職名	勤務地(市区町村)	在 職 期 間	
			年 月 から 年 月 まで	年 月
職務の内容				
			年 月 から 年 月 まで	年 月
職務の内容				
			年 月 から 年 月 まで	年 月
職務の内容				
			年 月 から 年 月 まで	年 月
職務の内容				
職務経験通算期間 (学校卒業から現在まで)				年 月

■資格・免許

名称・種別	取得年月	名称・種別	取得年月
	年 月		年 月
	年 月		年 月
	年 月		年 月

■健康状態・既往症、家族数

	扶養家族数(配偶者を除く)	
	人	
配偶者	配偶者の扶養義務	
有・無	有・無	

■趣味・特技

私は、次に掲げる各号のどれにも該当していません。

- 1 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- 2 地方公務員法第16条(欠格条項)に該当する者

この申込書のすべての記載事項に相違はありません。

令和 年 月 日

氏 名

(自署、押印不要)

■記入要領

- 1 記載事項に不正があると受験が無効となることがあります。
- 2 記入は黒のボールペン又は万年筆を用い、楷書で丁寧に記入して下さい。
- 3 連絡先電話は、試験結果等の連絡が確実にとれる電話番号を正確に記入して下さい。
- 4 職歴は経歴及び無職等の期間を順に記入して下さい。
- 5 無職又は休業等(病気休暇・育児休暇)の期間がある場合は、「職務内容」の欄にその旨を記入して下さい。
- 6 職歴欄が足りない場合は、別紙(様式自由)に記入して下さい。
- 7 ※印の欄は記入しないで下さい。

■この試験が実施されることを何により知りましたか。(必ず記入して下さい)

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 募集チラシ     | <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 |
| <input type="checkbox"/> 福島町ホームページ | <input type="checkbox"/> 新聞      |
| <input type="checkbox"/> 親からの紹介    | <input type="checkbox"/> その他( )  |

※受付番号( )

- 持参  
 郵送