**会計年度任用職員【保健師】**

**採用試験申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 試験区分 | 会計年度任用職員**【保健師】** | 写真添付位置１半年以内に撮影したもの２正面向き、上半身、脱帽３たて4㎝　よこ3㎝写真裏面には氏名及び生年月日を記入してください（写真） |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日生（満　　　　歳） |
| 現住所 | 郵便番号 |
| ＴＥＬ（自宅）　　　　　　　　　　　　／（携帯） |
| ＦＡＸ |
| Ｅ‐mail |
| 連絡先（結果通知等の輸送先として、上記住所と異なる連絡先を希望する場合） | 郵便番号 |
| ＴＥＬ（自宅）　　　　　　　　／（携帯） |
| ＦＡＸ |

学歴（中学校卒業後の学歴を記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 学部名 | 在学期間（和暦） | 卒業区分（〇で囲む） |
|  |  | 　　年　　月～　　年　　月 | 卒・卒見・中退 |
|  |  | 　　年　　月～　　年　　月 | 卒・卒見・中退 |
|  |  | 　　年　　月～　　年　　月 | 卒・卒見・中退 |
|  |  | 　　年　　月～　　年　　月 | 卒・卒見・中退 |

職歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在職期間（和暦） | 勤務先 | 職務内容（簡潔に） |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |

免許・資格

|  |  |
| --- | --- |
| 取得（見込）年月 |  |
| 　　　　　年　　　　月 |  |
| 　　　　　年　　　　月 |  |
| 　　　　　年　　　　月 |  |
| 　　　　　年　　　　月 |  |

|  |
| --- |
| 　私は堺市会計年度任用職員**【保健師】**募集要項に記載されている応募資格をすべて満たしております。また、この書類に記入した事項に相違ありません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　 |