

令和 8 年度岐阜市保健所感染症・医務薬務課フルタイム会計年度任用職員  
(助産師・保健師)採用試験受験申込書

記入上の注意

- 1 記入にあたってはペンまたはボールペンで丁寧に記入してください。
- 2 数字はすべて算用数字を用い、※印の欄を除くすべての欄に漏れなく記入してください。
- 3 宣誓欄は、必ず署名してください。
- 4 記載事項に不正があると、会計年度任用職員として採用される資格を失います。
- 5 申込書を郵送する場合は、封筒の表に「フルタイム会計年度任用職員採用試験」と朱書きし、必ず簡易書留郵便にしてください。

1 職種 (○で囲む)		※ 2 受験番号	3	
助産師			ふりがな 氏 名	
保健師		4 生年月日・年齢・性別 昭和 年 月 日生 男 ・ 女 平成		
5	〒 ( - ) ふりがな 住 所 自宅電話( ) - 携帯電話( ) - (試験結果の通知先となりますので、確実に連絡が取れる住所・電話番号を記入してください。)			
6 学 歴 (最終学歴とその1つ前の学歴を新しいものから順に記入してください。学校所在地は、市町村名のみ記入してください。)				
学 校 名		学 部 学 科 名	所 在 地	期 間
最終				年 月から 年 月まで 卒業・卒業見込み 在学中 ( 年 ) ・中退
その前				年 月から 年 月まで 卒業・転校 在学中 ( 年 ) ・中退
7 職 歴 等 最終学歴として記入した学校を卒業してから、現在に至るまでを記入してください。空白期間が生じないように、無職の期間は在家庭として忘れずに記入してください。書ききれないときは裏面等を利用してください。				
勤務先 (部課) 名等		所 在 地	在職 (在家庭) 期間	職 務 内 容
			年 月 日から 現 在	
			年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日から 年 月 日まで	
8 資 格 ・ 免 許 (取得見込みについても記入してください。)				
名 称		取 得 年 月 日	名 称	取 得 年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日	普通自動車運転免許	有 無
9 宣 誓 欄 (必ず、申込者本人の自筆で署名してください。)				
上記のすべての記載事項に相違ありません。				
令和 年 月 日 氏 名				

