**令和７年度（2025年度）任用 熊本県会計年度任用職員採用試験**

**【熊本県健康福祉行政事務補助員】　申込書Ⅰ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏 名 | 職種 | 熊本県健康福祉行政事務補助員 | 写　真裏面に氏名と生年月日を記入した写真をここにはってください。写真は申込み前３か月以内に写したもので、上半身、脱帽、正面向で本人と確認できるもの。（縦３．５cm、横３cm程度） |
| 生年月日　昭和・平成　　 年　 　月　 　日生（　　　　才）〔R7.10.1現在の年齢〕 | 勤務地 | 県庁 |
| ふりがな　　　　　〒　　　　-現 住 所TEL（携帯を含む。）　　　　　-　　　　　-　　　　　 |
| ふりがな　　　　　〒　　　　-緊急連絡先TEL（携帯を含む。）　　　　　-　　　　　-　　　　　 |
| 学歴（最終学歴から新しい順に記入すること（中学校以前は記入不要）） |
| 期　　間 | 学校・学科名等 | 所在市町村名 | 卒業・卒見・在学中・中退等の別 |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |  |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |  |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |  |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |  |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |  |
| 職歴（最終職歴から新しい順に記入すること） |
| 期　　間 | 勤務先の名称、業種、職種等 | 所在市町村名 |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |
| 　　年　　　 月～　　 　年　　 　月 |  |  |
| 免　許　・　資　格　等 |
| 名　称（種　別） | 取得年月 |
|  | 年　　　　　月 |
|  | 年　　　　　月 |
|  | 年　　　　　月 |

私は、試験案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、この申込書のすべての記載事実に相違ありません。

令和　　　年　　　月　　　日　　　申込者氏名　（自筆）

**令和７年度（2025年度）任用 熊本県会計年度任用職員採用試験**

**【熊本県健康福祉行政事務補助員】　申込書Ⅱ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 右の部分を切り取り、はがれないよう郵便はがきに貼付し、申込書（両面）とともに提出してください。 |

|  |
| --- |
|  |

 | 　令和７年度（2025年度）任用　熊本県会計年度任用職員採用試験　受　　験　　票

|  |
| --- |
| 受験番号※（記入不要） |
| 氏名 |

試験の日時　令和７年（2025年）９月４日（木）午前９時００分集合集合場所　県庁新館２階　談話室　　 　※試験会場にお越しの際は、できるだけ公共交通機関を御利用ください。[注意：受験の際に持参するものについて]　　　　・受験票、筆記用具（鉛筆・消しゴム等）　　　　・時計は、計時機能だけのものに限ります。 |