**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。 |