

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 ー - 現住所	TEL (携帯を含む。)		-	-
ふりがな ー - 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せす。