

## 令和8年度(2026 年度)任用

## 熊本県総務厚生課会計年度任用職員(パートタイム)採用試験 申込書 (裏面も要記入)

ふりがな 氏 名	職 種	保健師	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)
	業 務	健康づくり相談業務	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 ( 才 [R8.4.1 現在の年齢])	勤 務 地		
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		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

(裏面に続く)

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		
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 等	
名 称（種 別）	取得年月
	年 月
	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）\_\_\_\_\_