

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				
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		

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) _____