

**熊本県育休等代替臨時職員採用試験 申込書 (裏面も要記入)**

ふりがな 氏名	職 種	育休等代替臨時職員	<b>写 真</b>
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 ( 才 [R8.4.1 現在の年齢])	勤 務 地	※希望する勤務地  宇城保健所	裏面に氏名と生年月日を記入した写真をここに貼ってください。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)
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			

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。

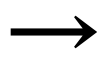
**熊本県育休等代替臨時職員採用試験  
受 験 票**

受験番号※ (記入不要)
氏名

試験の 令和8年6月30日(火)  
日 時 午前10時00分(着席)

試験の場所 熊本県宇城保健所  
2階

- [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です。



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）\_\_\_\_\_