

令和8年度（2026年度）任用 熊本県会計年度任用職員採用試験
【熊本県保健・福祉関係統計調査等事務補助職員】 申込書Ⅰ

ふりがな 氏 名		職 種	熊本県保健・福祉関係統計 調査等事務補助職員		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) [R8. 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 8 年度（2026 年度）任用 熊本県会計年度任用職員採用試験
【熊本県保健・福祉関係統計調査等事務補助職員】 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 8 年度（2026 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 8 年（2026 年）9 月 1 0 日（木）

午前 9 時 3 0 分集合

集合場所

県庁新館 3 階 健康福祉政策課

※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ん。