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	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）
生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日生 （　　才〔R8.11.1現在の年齢〕）	勤務地	熊本市	
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。

→

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

試験の日時　令和8年(2026年)12月10日(木)
午後1時30分（着席）

試験の場所
熊本県庁行政棟本館1301会議室

※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］
・保健師免許証の写し
・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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿