

令和 年 月 日現在

*

福井県会計年度任用職員（パートタイム：医療的ケア看護師）
採用試験申込書

写 真

・大きさ縦4.0cm×横3.0cm
・上半身、脱帽、正面向きで
3ヶ月以内に撮影したもの
・写真の裏全面にのりをつけて
貼ってください。

ふりがな

氏 名

生 年 月 日

昭和・平成 年 月 日（ 歳）

現 住 所

〒 — 電話（ ） —

合格通知先住所

〒 — 電話（ ） —

学 歴

（最終学歴から順に記入）

学校名

学部・学科名

所在地(都道府県)

在学期間(和暦で記入)

修学区分

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在学中

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在学中

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在学中

職 歴

（新しい順に記入）

勤務先の名称

雇用形態（正規・非正規）

在職期間(和暦で記入)

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

免許・資格	名称	認定交付機関	取得（見込）年月
			年 月
			年 月
			年 月
自覚している 性			
自己 P R			
<p>私は、地方公務員法第16条の欠格条項に該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">※必ず自署してください。</p>			

注) 1 記載事項に不正があると、受験が無効になる場合があります。

2 *印欄には何も記載しないでください。