

宮崎県後期高齢者医療広域連合事務局 会計年度任用職員 採用試験申込書

※欄は記載不要

宮崎県後期高齢者医療広域連合事務局 保健師			(写真)					
たて4cm*よこ3cm								
ふりがな		性別	※受験番号					
氏名		男・女						
生年月日	昭和 平成	年 月 日	令和7年4月1日現在 (満 歳)					
現住所 (アパート名、棟番号まで記入してください。)								
(〒 -) (Tel - -)								
緊急の場合の連絡先 (現住所と同じ場合は記入不要です。)								
(〒 -) (Tel - -)								
(呼出 方)								
学歴 (最終学歴のみ記入)								
昭和・平成・令和 年 月 入学								
昭和・平成・令和 年 月 卒業・見込・中退								
職歴	勤務先・所属部署の名称		主な職務内容		在職期間 (和暦で記入)			
					年 月 ~			
					年 月 迄			
					年 月 ~			
					年 月 迄			
					年 月 ~			
				年 月 迄				
資格・免許	名称		取得年月		名称		取得年月	
			昭和 平成 年 月 取得・見込 令和				昭和 平成 年 月 取得・見込 令和	
			昭和 平成 年 月 取得・見込 令和				昭和 平成 年 月 取得・見込 令和	
署名欄	私は、宮崎県後期高齢者医療広域連合事務局 会計年度任用職員 採用試験の受験申し込みをします。							
	なお、私は募集案内に掲げてある受験資格のすべてを満たしております。 また、申込書 (経歴を含む) のすべての記載事項に相違ありません。							
令和 年 月 日								
氏名								