

令和 年 月 日現在

\*

福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書

看護師（医療的ケア）

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付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

所在地(都道府県)

在職期間(和暦で記入)

年 月から  
年 月まで

年 月から  
年 月まで

年 月から  
年 月まで

年 月から  
年 月まで

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 格	
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いません。 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 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">※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。