

私は、上記試験を受験したいので申し込みます。 なお、私は、地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。 また、申込書記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 _____	職種	保 健 師		※ 受験番号	
	(ふりがな)			性別	生 年 月 日
	氏 名			男 女	昭和・平成 年 月 日(満 歳)
	(ふりがな)				
	(〒 -) 現住所				
	(TEL) (メールアドレス)				
学歴	在 学 期 間		学 校 名		学部・学科等
	年 月～ 年 月		中学校卒業		
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
職歴	在 職 期 間		勤 務 先		雇用形態
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
資格 免許 等	名 称		取得年月		取 扱 機 関
(志望動機) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					

1. 記入事項に不正があると受験が無効となる場合があります。
2. 記入は、すべて自筆でインキ又はボールペンを用い、かい書で丁寧に書いてください。
また、数字は算用数字を用いて記入してください。
3. ※ 受験番号を除くすべての欄に、もれなく記入してください。
4. 性別、生年月日の欄は、いずれかに○印を記入してください。
5. 学歴は、中学校からすべて順に（卒業見込みを含む）書いてください。
6. 資格免許等の名称は、保健師免許及び保健師免許取得見込、取得年月は、免許証交付年月（取得見込み年月含む）を記入のうえ、保健師免許証の写しを添付して下さい。