



受 験 番 号 ※記入不要	
受 験 職 種	保健師 (C)

氏 名	(ふりがな)	性 別 (任意記入)	
生年月日	年 月 日生 (令和8年4月1日現在満 歳)		
現住所	〒 ー 電話 () ー		
連絡先	〒 ー ※現住所以外で連絡先を希望する場合のみ記載 電話 () ー		

2 写真はタテ4 cm
×ヨコ3 cm上半身
脱帽正面前向きで
6カ月以内に写し
たもの。

学歴 ※中学校から最終学歴まで上から順に記入してください。	学 校 名	学部・学科	在 学 期 間	卒業・卒業見込み・中退の別
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	

職歴	勤務先	在職期間	職種内容
	※アルバイト程度	年 月 ～ 年 月	
	のものは除きます。	年 月 ～ 年 月	
	直近から順に記入	年 月 ～ 年 月	
	してください。	年 月 ～ 年 月	

※プリントアウトする際は、A4 の用紙に次ページと両面印刷してください。

資格・免許	名 称	取 得 年 月	名 称	取 得 年 月
		年 月		年 月
		年 月		年 月
		年 月		年 月
ボランティア歴	名 称	内 容	期 間	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
志望動機				

私は、日本国籍を有し、地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当いたしません。
また、この申込書に記載した内容は、事実と相違ありません。
令和 年 月 日
氏名（自署）

記入上の注意

- 1 太線内の所定欄に、**黒のインク**又は**黒のボールペン**で、楷書で記入してください。
- 2 日付は必ず**和暦で記入**してください。
- 3 資格・免許欄は、取得見込み（予定日）についても記入し、取得年月欄に取得予定年月及び「見込み」と記入してください。
- 4 写真は**6か月以内に撮影**したもので、**帽子をつけずに上半身を正面から撮影したもの**を貼りつけてください。なお、写真の裏面に**氏名を記入**してください。

※プリントアウトする際は、**A4**の用紙に前ページと両面印刷してください。