令和3年度　保健事務補助員受験申込書

年　　月　　日現在

ふりがな 氏　　名	生年月日 昭和 年　　月　　日生 平成 男　・　女　　（満　　歳）	写　真 縦36～40㎜ 横24～30㎜ 本人単身胸から上
現住所　〒（　　－　　）		
電話番号	携帯番号	写真の裏面に氏名を書き，この欄にしっかり貼ってください。

年	月	① 学歴（最終学歴）・職歴（下記②以外で主なもの）＜予定含む＞
最終学歴		（ 卒業 ・ 中退 ・ 在学中）
職　　歴		（ ～　　年　　月）
		（ ～　　年　　月）
		（ ～　　年　　月）
		（ ～　　年　　月）
		（ ～　　年　　月）
② 福岡市内の学校での臨時的任用職員としての過去一年間の任用履歴（複数ある場合は直近の２つ）＜予定含む＞		
		（ ～　　年　　月）
		（ ～　　年　　月）

年	月	資　格・免　許	年	月	資　格・免　許

※居住校区内の学校へは申込みできません。

※複数校に受験を申込みされている場合は，本校を含めた勤務希望順位を記載して下さい。

●第１希望　（　　）

●第２希望　（　　）

●第３希望　（　　）

申込の動機・上記の勤務所属，勤務地を希望する理由，自己ＰＲなど

Ａ４版（縦）