

長崎県後期高齢者医療広域連合任期付職員申込書（令和4年度）

専門職用

応募職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士		
フリガナ	氏名		受付番号
氏名		※記入しないでください。	
昭和・平成	年	月	日生（満歳）
			男・女

写真

縦 36～40mm、
横 24～30mm
程度で、上半身脱
帽正面のものを貼
ってください

フリガナ
現住所 〒
電話番号（ ） —

学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	最終前			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで
最終			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 中退

職 歴	勤務先名	勤務期間	業務内容
			昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで
		昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
		昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
		昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	
		昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで	

免 許 ・ 資 格	取得年月日	名称
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月	

配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	扶養家族（配偶者を除く） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---	--

【申込書記載要領】

- 1 申込書は、下記の事項をよく読み、間違いのないよう、正確に記入してください。
- 2 訂正がある場合は、もとの文字又は数字に横線を2本引き、その上に書き直してください。
- 3 申込書は、折り曲げたり、汚したりしないでください。
- 4 枠の中に書ききれない場合は、余白に記入してください。
- 5 不備があった場合は受理できません。また、記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。

各項目の記載要領

- (1) 応募職種 応募する職種について記入してください。
- (2) 氏名・フリガナ 氏名は楷書で記入し、フリガナは片仮名で記入してください。
- (3) 受付番号 記入しないでください。
- (4) 生年月日・年齢 年齢は、令和4年4月1日時点で記入してください。
- (5) 性別 該当する方に○をつけてください。
- (6) 現住所 住民票の所在地です。できるだけ詳しく、正確に記入して下さい。マンションやアパートなどの場合は、名称・室番号まで記入して下さい。
電話番号は、日中連絡が取れる番号を記載してください。
- (7) 学歴 最終学歴及び最終学歴前の学歴を記入してください。修学区分について、卒業、卒業見込又は中退にチェックをしてください。
- (8) 職歴 職歴について記入してください。
無職の場合は、「無職」とし、その期間を記入して下さい。
- (9) 免許・資格 所持している免許・資格について記入してください。
- (10) 配偶者、扶養家族 配偶者、扶養家族について記入してください。