

長崎県後期高齢者医療広域連合任期付職員申込書（令和8年度）

| | | | | | |
|---|-----------|----------------------------|---|----------------------------|--|
| フリガナ | | 受付番号 | 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 | | |
| 氏名 | | ※記入しないでください。 | | | |
| 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳) | | | ※性別 | | |
| フリガナ | | | | | |
| 現住所 〒 | | | | | |
| 電話番号 () - | | | | | |
| メールアドレス： | | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 |
| | 最終 | | | 昭・平・令 年 月から 昭・平・令 年 月まで | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 |
| 職歴 (広域連合の職場以外) | 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 | | | |
| ※本広域連合の職場で勤務歴がある方は、最終(又は現在)の所属名を記入してください。 | | | | | |
| (所属名： 任用期間： 年 月 日～ 年 月 日) | | | | | |
| 免許・資格 | 取得年月 | 名称 | | | |
| | 昭・平・令 年 月 | | | | |
| | 昭・平・令 年 月 | | | | |
| | 昭・平・令 年 月 | | | | |
| | 昭・平・令 年 月 | | | | |

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

【申込書記載要領】

- 1 申込書は、次に記載の【各項目の記載要領】の事項をよく読み、間違い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) 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。
- (2) 受付番号 記入しないでください。
- (3) 生年月日・年齢 年齢は、令和8年4月1日時点で記入してください。
- (4) 性別 記載は任意です。未記載とすることも可能です。
- (5) 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。
メールアドレスは、本広域連合からのメールが受信可能なものを記載してください。
- (6) 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、卒業又は中退にチェックをしてください。
- (7) 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。
- (8) 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。