令和9年度 余 市 町 職 員 採 用 試 験 申 込 書

試験区分 （保健師）

写真 上半身 無帽 縦 4 cm × 横 3 cm	ふりがな	
	氏名	

生年月日（和暦）	年 月 日生		
年齢（令和８年１１月１日現在）	歳	性別	男 ・ 女

現住所	〒 －	

連絡先 （常時連絡がとれる番号を記入してください）	電話番号	TEL（ ） ー
	携帯電話	TEL（ ） ー

メールアドレス	

書類等の送付先が上記現住所と異なる場合は下記に送付先の住所を記入してください。

送付先 住所	〒 －	

1 学歴をお書きください。（卒業見込みの場合は、在学期間の終了年月に「見込」と付記すること）

学校名	学部・学科等	在学期間	区分
小学校		年 月から 年 月まで	卒業 ・ 卒業見込み 中退 ・ 転校 ・編入
中学校		年 月から 年 月まで	卒業 ・ 卒業見込み 中退 ・ 転校 ・編入
		年 月から 年 月まで	卒業 ・ 卒業見込み 中退 ・ 転校 ・編入
		年 月から 年 月まで	卒業 ・ 卒業見込み 中退 ・ 転校 ・編入
		年 月から 年 月まで	卒業 ・ 卒業見込み 中退 ・ 転校 ・編入

2 職歴（今までに就職した一切の経歴を書いてください。） □就職したことがない。

勤務先 （部課まで詳しく）	所在地 （町村まで）	在職期間 年月～年月	業務・職務内容	退職事由
		年 月から 年 月まで		自己都合 期間満了・解雇
		年 月から 年 月まで		自己都合 期間満了・解雇
		年 月から 年 月まで		自己都合 期間満了・解雇
		年 月から 年 月まで		自己都合 期間満了・解雇
		年 月から 年 月まで		自己都合 期間満了・解雇

3 資格・免許等をお持ちですか。(書ききれない場合は別紙でも可能)

名　　称	取得年月日
	年　月
	年　月
	年　月
	年　月
	年　月
	年　月

4 今までに受けた公務員採用試験　　(□受験したことがない)

実施年月日	試　験　名	結　果
年　月		□合格、□不合格
年　月		□合格、□不合格
年　月		□合格、□不合格
年　月		□合格、□不合格

5 こども性暴力防止法に関する確認事項

本業務はこどもと接する業務に該当するため、採用にあたり性犯罪歴の確認が行われることを理解し、これに同意します。

□ 同意する

(任意記載)

性犯罪歴に関して申告すべき事項がある場合は記入してください

以上のとおり相違ありません。

年　　月　　日

余 市 町 長　　様

氏 名

※1. 記載事項に相違が無いよう注意して下さい。

2. 記入欄が足りない場合は別紙に記入して下さい。