

【看護師（医療的ケア）】

令和 年 月 日現在

*

福井県会計年度任用職員（パートタイム）採用試験申込書

写 真

・大きさは縦4.0cm×横3.0cm
・上半身、脱帽、正面向きで
3ヶ月以内に撮影したものの
・写真の裏全面にのりをつけて
貼ってください。

ふ り が な

氏 名

生 年 月 日

昭和・平成 年 月 日（ 歳）

現 住 所

〒 ー 電話（ ） ー

合格通知先住所

〒 ー 電話（ ） ー

学 歴

（最終学歴から順に記入）

学校名

学部・学科名

所在地(都道府県)

在学期間(和暦で記入)

修学区分

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在 学 中

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在 学 中

年 月から
年 月まで

卒業・卒業見込
修了・修了見込
中退・在 学 中

職 歴

（新しい順に記入）

勤務先の名称

雇用形態（正規・非正規）

在職期間(和暦で記入)

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

正規 ・ 非正規

年 月から
年 月まで

免 許 ・ 資 格	名 称	認 定 交 付 機 関	取 得 （ 見 込 ） 年 月
			年 月
			年 月
			年 月
自 覚 し て い る 性 格			
自 己 P R			
私は、地方公務員法第16条の欠格条項に該当しておりません。 また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 _____ ※必ず自署してください。			

注) 1 記載事項に不正があると、受験が無効になる場合があります。

2 *印欄には何も記載しないでください。