宮崎県後期高齢者医療広域連合事務局　会計年度任用職員　採用試験申込書

※欄は記載不要

宮崎県後期高齢者医療広域連合事務局　一般事務				（写真） たて4cm＊よこ3cm
ふりがな		性別	※受験番号	
氏名		男・女		
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		令和7年10月1日現在 （満　　歳）	

現住所（アパート名、棟番号まで記入してください。）
（〒　　ー　　）　（TEL　　ー　　ー　　）

緊急の場合の連絡先（現住所と同じ場合は記入不要です。）
（〒　　ー　　）　（TEL　　ー　　ー　　）

（呼出　　方）

学歴（最終学歴のみ記入）

昭和・平成・令和　　年　　月　入学
昭和・平成・令和　　年　　月　卒業・見込・中退

職歴	勤務先・所属部署の名称	主な職務内容	在職期間（和暦で記入）
			年　　月 ～ 年　　月 迄
			年　　月 ～ 年　　月 迄
			年　　月 ～ 年　　月 迄
			年　　月 ～ 年　　月 迄

資格・免許	名称	取得年月	名称	取得年月
		昭和 平成　　年　　月　取得・見込 令和		昭和 平成　　年　　月　取得・見込 令和
		昭和 平成　　年　　月　取得・見込 令和		昭和 平成　　年　　月　取得・見込 令和

署名欄

私は、宮崎県後期高齢者医療広域連合事務局　会計年度任用職員　採用試験の受験申し込みをします。

なお、私は募集案内に掲げてある受験資格のすべてを満たしております。

また、申込書（経歴を含む）のすべての記載事項に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏名