

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

宮崎県後期高齢者医療広域連合事務局 看護師				(写真)	
ふりがな		性別(※1)	受験番号(※2)	たて4cm＊よこ3cm	
氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月		
現住所(アパート名、棟番号まで記入してください。) (〒 -) (Tel - -)					
緊急の場合の連絡先(現住所と同じ場合は記入不要です。) (〒 -) (Tel - -)					
(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 ～
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					

(※1)「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

(※2)「受験番号」欄：記載は不要です。