

令和3年度 菊池養生園保健組合職員採用試験申込書

職 種		受験番号		氏 名 (上段：ふりがな)				
資格免許職 (保健師)								
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	性別	<input type="checkbox"/> 男	国籍	<input type="checkbox"/> 日本
	令和4年4月1日現在で満 歳					<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 日本以外
現住所	郵便番号	-	電話番号	-				
書類等 送付先	郵便番号	-	電話番号	-				
免許・資格								
名 称				取得 (予定) 年月				
				年	月	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込	
				年	月	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込	
				年	月	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 取得見込	
学 歴								
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名まで	在学期間		卒・在学 等区分		
(最終)				平	年	月から	卒・卒見込	
				平・令	年	月まで	— 年在学	
							— 年中退	
(その前)					年	月から	卒・卒見込	
					年	月まで	— 年在学	
							— 年中退	
(その前)					年	月から	卒・卒見込	
					年	月まで	— 年在学	
							— 年中退	

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

氏名 (自筆)

写 真 票

写真貼付  3か月以内に撮影されたもので、帽子を着用せず、上半身正面向きで本人と確認できるもの。サイズは、たて4cm×よこ3cm程度とします。	職 種	
	資格免許職 (保健師)	
	受験番号	
	氏 名	
	専門	作文

令和3年度 菊池養生園保健組合職員採用試験

受 験 票

職 種	資格免許職 (保健師)
受験番号	
氏 名	
【第1次試験の注意事項】	
日 時	令和4年1月16日 (日) 9:00集合
会 場	菊池市泗水町吉富2193-1 菊池養生園保健組合
持参品	受験票・筆記用具 (HBの鉛筆、消しゴム)、 上履き、ヘルスチェックシート
昼 食	試験終了時刻は13:30頃 (人物試験の順番により変動します) ですので、必要に応じて準備してください。なお、12:00から1時間は休憩時間となります。
駐車場	係員の指示に従って駐車してください。

【お問い合わせ】 菊池養生園保健組合総務課 (TEL: 0968-38-2820)

令和3年度 菊池養生園保健組合職員採用試験申込書

職 種		受験番号		氏 名 (上段：ふりがな)							
資格免許職 (保健師)				いちむら はなこ							
				市村 花子							
生年月日	昭和 平成	2	年	2	月	2	日生	性別	<input type="checkbox"/> 男	国籍	<input checked="" type="checkbox"/> 日本
							令和4年4月1日現在で満 32 歳		<input checked="" type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 日本以外
現住所	郵便番号	△△△-△△△△		電話番号	△△△-△△△△△-△△△△						
	熊本県〇〇市〇〇町△△△△ △△アパート△△△号										
書類等送付先	郵便番号	△△△-△△△△		電話番号	△△△△-△△-△△△△						
	同 上 (送付先が違う場合は必ず記入すること)										
免許・資格											
名 称			取得 (予定) 年月								
普通自動車第一種免許			平成 〇〇 年 〇 月	<input checked="" type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込							
保健師			平成 〇〇 年 〇 月	<input checked="" type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込							
			年 月	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込							
学 歴											
学校名	学部	学科・専攻	所在地 市町村名まで	在学期間	卒・在学 等区分						
(最終) 〇〇〇〇大学	〇〇学部	〇〇学科	〇〇市	平 〇〇年 〇月から 平 〇〇年 〇月まで	卒 卒見込 — 年在学 — 年中退						
(その前) 〇〇〇〇高校		〇〇科	〇〇市	平 〇〇年 〇月から 平 〇〇年 〇月まで	卒 卒見込 — 年在学 — 年中退						
(その前) 〇〇〇〇中学校			〇〇町	平 〇〇年 〇月から 平 〇〇年 〇月まで	卒 卒見込 — 年在学 — 年中退						

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。また、この申込書に記載した事項は事実と相違ありません。

令和 3 年 12 月 12 日

氏名 (自筆) 市村 花子

写 真 票

写真	職 種	
	資格免許職 (保健師)	
	受験番号	
	氏 名	
	市村 花子	
	専門	作文

令和3年度 菊池養生園保健組合職員採用試験

受 験 票

職 種	資格免許職 (保健師)
受験番号	
氏 名	市村 花子
【第1次試験の注意事項】	
日 時	令和4年1月16日 (日) 9:00集合
会 場	菊池市泗水町吉富2193-1 菊池養生園保健組合
持参品	受験票・筆記用具 (HBの鉛筆、消しゴム)、 上履き、ヘルスチェックシート
昼 食	試験終了時刻は13:30頃 (人物試験の順番により変動します) ですので、必要に応じて準備してください。なお、12:00から1時間は休憩時間となります。
駐車場	係員の指示に従って駐車してください。

【お問い合わせ】 菊池養生園保健組合総務課 (TEL: 0968-38-2820)