

令和7年度採用 福岡市職員共済組合 保健事業従事嘱託員 募集申込書

令和 年 月 日現在

加 氏 加 名 共済組合又は福岡市で旧姓で働いたことがある場合 →(旧姓:)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 (満 歳)	写真 縦40mm×横30mm ※写真の裏面に 氏名を記載し、 貼付してください。	
現住所 〒(-) ※この住所に結果通知及び受験票を送付します。			
電話番号 () -	携帯番号 () -		
卒業(中退)年月 年 月	最終学歴 (卒業・中退・在学中)		
福岡市職員共済組合及び福岡市役所での任用履歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入) <input type="checkbox"/> 無し	
職員区分	在職期間	任用所属(職名)	
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
福岡市職員共済組合及び福岡市役所以外の職歴		<input type="checkbox"/> 有り (※有りの場合は下記に詳細を記入) <input type="checkbox"/> 無し	
在職期間	勤務先	仕事内容	正規・臨時の種別
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
取得年月日	資格名・免許名		
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

(裏面あり)

志望動機(自由記載)

活かしてほしい能力(自由記載)

自己PR(自由記載)

私は、本募集申込書の記載事項が事実と相違ないこと、及び令和7年度採用福岡市職員共済組合保健事業従事嘱託員募集案内に記載の受験資格を全て満たしていることを誓約します。

令和 年 月 日

氏名(自署)