※整理番号	

【特定医療費支給認定更新に係る事務補助員応募申込書】

（写真欄）

1.申込日前6か月以内に撮影した上半身脱帽正面向きのもの
2.写真裏面に氏名を記入した上、貼付してください

履　歴　書

令和　　年　　月　　日　現在

フリガナ		
氏　　名		
生年月日	年　　月　　日　（満　　歳）	
フリガナ		電　話（携帯電話）
現　住　所	〒	
フリガナ		電　話
連　絡　先	（　現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入　） 〒	（　　方呼出）
E-mail	@	

年	月	学　歴　・　職　歴（高卒以降を記入）

年	月	免　許・資　格　等

※通勤方法	通勤時間	扶養家族（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
	分		有　・　無	有　・　無

志望動機

自己アピール（趣味、特技、文化、スポーツ、ボランティア活動など）

私は、鹿児島市保健部　特定医療費支給認定更新に係る事務補助員を申し込みますが、次の各号のどれにも該当しておりません。

（１）拘禁以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者

（２）鹿児島市職員として懲戒処分を受け、その処分の日から２年を経過していない者

（３）日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

記載事項のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

氏名　　（自署）

※免許証（保健師・看護師）の写しを添付してください。