

保健センター (北部・東部・西部・中央・南部)	資格類型 (保健師・看護師・管理栄養士・歯科衛生士)
----------------------------	-------------------------------

\*希望する所属課欄です。いずれかを○で囲み、お申し込みください。

※整理番号

## 【介護予防保健指導員応募申込書】

# 履歴書

令和 年 月 日 現在

フリガナ				に撮影した上半身脱帽正面向きのもの
氏名				2.写真裏面に氏名を記入した上、貼付してください
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	免許・資格等

※通勤方法	通勤時間 分	扶養家族（配偶者を除く）	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 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、鹿児島市保健所 介護予防保健指導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) 拘禁刑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免職の処分を受け、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・管理栄養士・歯科衛生士）等の写しを添付してください。