

保健センター（北部・東部・西部・中央・南部）
保健福祉課（吉田・桜島・松元・郡山・喜入）

齒科
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。

齒科衛生士（ 會計年度任用職員 ） 選考申込書

攜帶

【写真を貼る位置】

1. 写真は 6 か月以内に撮影されたもの
2. 縦：36～40mm
横：24～30mm
3. 本人単身胸から上
4. 裏面のりづけ

卒業・中退

年 月～ 年 月

資格・免許	資格・免許の種類	取得年月日（※和暦）	資格・免許の種類	取得年月日（※和暦）
	歯科衛生士免許	年 月 日		年 月 日
	普通自動車運転免許（有・無）	年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

志望した動機

自己PR（セールスポイント）

私は、会計年度任用職員採用試験の受験申込みをしますが、次の各号のどれにも該当していません。
(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

記載のとおり相違ありません。

令和 年 月 日 氏名（自署）