

受付年月日	受付	整理番号	試験区分
令和 年 月 日	郵送・持参		保健師

鹿児島市国民健康保険保健指導員選考申込書

申込日	令和 年 月 日	
ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 才)	
現住所	〒	
電話番号	自宅	携帯

【写真を貼る位置】

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

学歴	学校名	学部・学科・課程・コース名	在学期間（※和暦）	卒業等
	現在又は最終		年 月～ 年 月	卒・卒見込・中退
	その前		年 月～ 年 月	卒業・中退
	その前		年 月～ 年 月	卒業・中退

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）
	保健師免許	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、鹿児島市国民健康保険保健指導員選考の申込みをしますが、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

記載のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　氏名（自署）