

## 鹿児島市国民健康保険相談員選考申込書

ふりがな		選考番号		番	
氏 名					
生年月日		年 月 日 満 歳			
現 住 所		〒 (電話 )		写 真 縦4cm×横3cm	
連 絡 先		〒 (電話 )			
学 歴	学校名 (学部・学科名まで)		在 学 期 間		該当を○で囲む
	最 終		年 月～ 年 月		卒業・中退
	その前		年 月～ 年 月		卒業・中退
職 歴	勤 務 先		職 務 内 容		在 職 期 間
	現在又は最終				年 月～ 年 月
	その前				年 月～ 年 月
	その前				年 月～ 年 月
	その前				年 月～ 年 月
	※営業・接客関係、健康保険関係、金融機関・納税収納関係の業務経験があれば優先的に ご記入ください。 ※欄が不足する場合は、別紙を添付しても構いません。				
趣味・特技等					
免許・資格	年 月		年 月		
	年 月		年 月		
	※本業務に関連があると思われる免許・資格を中心に記入ください。				

※申込書は、直筆で太枠線内をご記入ください。

《裏面もご記入ください。》

志望動機

自己PR

私は、鹿児島市国民健康保険相談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。

ア 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

イ 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

ウ 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

上記、記載事項のとおり相違ありません。

令和     年     月     日

(自署)

氏名