

会計年度後期高齢者医療保健事業保健師  
募集申込書

令和 年 月 日現在

(写真貼付欄)  
3 か月以内撮影の  
脱帽、正面顔写真

(4cm×3 cm)  
写真の裏面には  
氏名を記入

ふりがな				
氏 名			昭和 年 月 日生 平成	
ふりがな			電話 ( ) —	
現 住 所	〒		携帯 ( ) —	
ふりがな			電話 ( ) —	
連 絡 先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		携帯 ( ) —	
E-mail				
学    歴	期 間	学 校 名	学 部 ・ 学 科 名	
	年 月から 年 月まで			
	年 月から 年 月まで			
	年 月から 年 月まで			
	年 月から 年 月まで			
資 格 ・ 免 許	名 称	取 扱 機 関	取 得 年 月 日	
	保健師免許	厚生労働省	年 月 日 ( 取 得 ・ 取得見込み)	

<記入上の注意事項>

- 1 黒インク又は黒ボールペンを用い、かい書でいねいに記入してください。
- 2 住所は、番地まで詳細に、マンション等の場合は〇〇号室まで記入してください。
- 3 写真は裏面に氏名を記入したうえで貼付してください。
- 4 記入欄に不足が生じる場合は、別紙（自由書式）にて記入してください。
- 5 保健師免許証の写し（取得見込みの方は卒業（見込）証明書）を1部添付してください。

職 務 経 歴	期	間	勤	務	先	職務内容
	年	月から				
	年	月まで				
	年	月から				
	年	月まで				
	年	月から				
年	月まで					
年	月から					
年	月まで					
志 望 の 動 機						
採用後の兼業の予定（勤務先、勤務時間等）						
有 ・ 無						
〔 ※兼務先との合計勤務時間の上限は、週の勤務時間が 40 時間、1 日の勤務時間が 8 時間です。 ※任命権者による許可は必要ありませんが、兼業届の提出が必要です。届出内容に変更があった場合には、その都度兼業届を出してください。 〕						
下記の事項の該当、非該当を○で囲む						
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						
該 当 非該当						
2. 名古屋市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者						
該 当 非該当						
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						
該 当 非該当						
4. 平成 11 年改正前の民法の規定による準禁治産の宣告を受けている者（心神耗弱を原因とするもの以外）						
該 当 非該当						
上記のとおり相違ないことを誓約します。						
令和 年 月 日						
氏 名（自署）						