

受験番号	
------	--

(写真貼付欄)
3か月以内撮影の
脱帽、正面顔写真

ふりがな		昭和			
氏 名		平成	年	月	日生

ふりがな		電話()
現住所	〒	-
		携帯()
		-
ふりがな		電話()
現住所以外の連絡先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	-
		携帯()
		-

学 歴	期	間	学 校 名	学部・学科名
	年	月から	中学校	
	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		
職 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		
	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		
志 望 の 動 機			
採用後の兼業の予定(勤務先、勤務時間等)			
有 ・ 無			
<div></div>			
※任命権者による許可は必要ありませんが、採用後、状況に変更があった場合はその都度報告してください。			
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			

<記入上の注意事項>

- 1 申込者本人の直筆で、黒インクまたは黒ボールペンで記入してください(消せるボールペン不可)。
- 2 修正ペンや修正テープは使用しないでください。
- 3 略字を使用せず、かい書で丁寧に記入し、該当する「□」には「レ」を記入してください。
- 4 氏名は戸籍に登録されている漢字を使用してください。
- 5 「職歴」の欄は、新しいものから順に記入してください。
- 6 写真は縦4cm×横3cmの大きさとし、裏に氏名を記入したうえ、はがれないようにしっかり貼りつけてください。
- 7 記入欄が足りないときは、同様式をもう一枚使用してください。その際、もう一枚にも氏名及び生年月日を記入してください。
- 8 記入事項に虚偽、不正等のあった場合には、合格及び採用を取り消すことがあります。
- 9 申込書は返却いたしません。
- 10 保健師免許を有する方は保健師免許証の写しを1部添付してください。