

長崎県後期高齢者医療広域連合任期付職員申込書（令和7年度）

フリガナ		受付番号		写真 縦 36～40mm、 横 24～30mm 程度で、上半身脱 帽正面のものを貼 ってください
氏 名		※記入しないでください。		
昭和・平成	年 月 日生	(満 歳)	※性別	
フリガナ				
現住所 〒				
電話番号 () -				
メールアドレス：				
学 歴	学校名	学部学科名	在学期間	修学区分
	最終前		昭・平・令 年 月から	<input type="checkbox"/> 卒業
			昭・平・令 年 月まで	<input type="checkbox"/> 中退
	最終		昭・平・令 年 月から	<input type="checkbox"/> 卒業
昭・平・令 年 月まで			<input type="checkbox"/> 中退	
職 歴 (広域連合の職場以外)	勤務先名	勤務期間		業務内容
		昭・平・令 年 月から		
		昭・平・令 年 月まで		
		昭・平・令 年 月から		
		昭・平・令 年 月まで		
	昭・平・令 年 月から			
	昭・平・令 年 月まで			
	昭・平・令 年 月から			
	昭・平・令 年 月まで			
※本広域連合の職場で勤務歴がある方は、最終（又は現在）の所属名を記入してください。 （所属名： 任用期間： 年 月 日～ 年 月 日）				
免 許 ・ 資 格	取得年月	名称		
	昭・平・令 年 月			
	昭・平・令 年 月			
	昭・平・令 年 月			
	昭・平・令 年 月			

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

【申込書記載要領】

- 1 申込書は、次に記載の【各項目の記載要領】の事項をよく読み、間違いのないよう正確に記入してください。
- 2 訂正がある場合は、もとの文字又は数字に横線を2本引き、その上に書き直してください。
- 3 申込書は、折り曲げたり、汚したりしないでください。
- 4 枠の中に書ききれない場合は、余白に記入してください。
- 5 不備があった場合は受理できません。また、記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。

【各項目の記載要領】

- (1) 氏名・フリガナ 氏名は楷書で記入し、フリガナは片仮名で記入してください。
- (2) 受付番号 記入しないでください。
- (3) 生年月日・年齢 年齢は、令和7年4月1日時点で記入してください。
- (4) 性別 記載は任意です。未記載とすることも可能です。
- (5) 現住所 住民票の所在地です。できるだけ詳しく、正確に記入して下さい。マンションやアパートなどの場合は、名称・室番号まで記入して下さい。
電話番号は、日中連絡が取れる番号を記載してください。
メールアドレスは、本広域連合からのメールが受信可能なものを記載してください。
- (6) 学歴 最終学歴及び最終学歴前の学歴を記入してください。修学区分について、卒業又は中退にチェックをしてください。
- (7) 職歴 職歴について記入してください。
無職の場合は、「無職」とし、その期間を記入して下さい。
- (8) 免許・資格 所持している免許・資格について記入してください。