

令和5年度(令和4年度実施)
夕張市職員(保健師)採用試験受験申込書(表面)

☆ 裏面の注意事項をよく読んでペン又はボールペンを使用し、自筆で記入してください。

裏面もあります
※ホームページからダウンロードする場合は両面で拡大・縮小せずに印刷してください

受験番号	(記入しないでください)		職種区分	○ 保健師	
受験区分	保健師		心身の障害	あり・なし	
氏名	ふりがな		配偶者	あり・なし	
	S・H 年 月 日生(歳) 男・女		家族数 (配偶者を除く)	人	
住所	〒 - (方)				
	電話 - -	携帯電話 - -	Eメール		
連絡先	〒 - (方)				
	電話 - -	携帯電話 - -			
学歴 (中学卒業後すべて)	在学期間	学校名	所在地	学部・学科・専攻課程	卒業等の別
	H・R 年 月から H・R 年 月まで	高校			卒業・卒業見込み 中退・転校
	H・R 年 月から H・R 年 月まで				卒業・卒業見込み 中退・転校
	H・R 年 月から H・R 年 月まで				卒業・卒業見込み 中退・転校
	H・R 年 月から H・R 年 月まで				卒業・卒業見込み 中退・転校
	H・R 年 月から H・R 年 月まで				卒業・卒業見込み 中退・転校
職歴	在職期間	勤務先名(部課まで)	所在地	業種、部門(部・課・係)、役職、職務内容等	
	H・R 年 月から H・R 年 月まで (期間 年 月)				
	H・R 年 月から H・R 年 月まで (期間 年 月)				
	H・R 年 月から H・R 年 月まで (期間 年 月)				
	H・R 年 月から H・R 年 月まで (期間 年 月)				
	H・R 年 月から H・R 年 月まで (期間 年 月)				
	H・R 年 月から H・R 年 月まで (期間 年 月)				
	H・R 年 月から H・R 年 月まで (期間 年 月)				
資格・免許	資格・免許の名称	取得年月日	資格・免許の名称	取得年月日	

写真
(1) 縦4cm横3cm
(2) 申込前3か月以内に撮影した無帽・上半身・正面向きの写真
※眼鏡使用者は眼鏡着用のもの
(3) 写真の裏面に氏名を記入して貼付け

※枠内に収まるように御記入ください。

(裏面)

夕張市職員を志望する理由とそのきっかけになった事柄について御記入ください。	
もし採用されたら、どのような仕事に携わりたいか、具体的に教えてください。(いくつでも結構です)	
これまでの挫折体験とそこから得たものについて教えてください。	
あなたが人より優れている若しくは誇れるものを教えてください。	
あなたの趣味・特技を教えてください。	
ストレス発散方法を教えてください。	
本市の採用試験を受けるにあたり、周囲の人たちからどのように応援されていますか？	
あなたが考える会社員(団体職員)と公務員の違いについて御記入ください。	
現在のあなたの健康状態を教えてください。通院、治療中のものがあれば教えてください。	

この書類に記載した事項は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日 氏 名

注意事項

1. 障害者手帳をお持ちの方は、手帳の写しを添付してください。
2. 「職歴」の欄は、無職の期間は「無職」と記入。在職している場合は「在職中」と記入してください。
3. この書類は両面で拡大・縮小せずに印刷してください。
4. 記入欄が不足する場合は、別紙を使用してください。
5. 事実と異なる記載があるときは、市職員として採用される資格を失うことがあります。
また、採用された後においても免職されることがあります。