令和８年度 福岡県国民健康保険団体連合会 職員採用試験申込書（保健師）

ふりがな 氏　名		受験番号	※記入しないでください。
生年月日	平成　　年　　月　　日生	（　　歳） 令和９年４月１日時点	試験区分	**保健師**
現住所	郵便番号（　　－　　）		電話番号 （固定）（　　）　　－ （携帯）（　　）　　－
合格通知等連絡先	郵便番号（　　－　　）※現住所と異なる場合のみ記入して下さい。		緊急時の確実な連絡先 （　　）　　－ 〔　　様方〕

学　歴　（最終とその１つ前を新しいものから順に記入してください。）

期　間	学　校　名	学部･学科･専攻	卒業等の別
平成・令和　年　月から 平成・令和　年　月まで	最　終		卒業・卒業見込 その他（　　）
平成・令和　年　月から 平成・令和　年　月まで	その前		卒業・中退 その他（　　）

職　歴　（職歴がある場合は記入してください。）

勤務先の名称	部署･役職名	職　務　内　容	在職期間
			平成・令和　年　月から平成・令和　年　月まで

資格免許（名称）	取得年月日	登録番号
保健師免許	平成・令和　年　月　日（取得・見込）	

私は、福岡県国民健康保険団体連合会職員（保健師）採用試験の受験申込をします。
なお、この申込書の記載事項はすべて事実に相違ありません。また、下記事項のいずれにも該当するものではありません。

(1)禁錮 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

(2)日本国憲法施行の日以降において、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

令和　　年　　月　　日

氏名(自筆)

（切り取り）

令和８年度
福岡県国民健康保険団体連合会
職　員　採　用　試　験
（ 保健師 ）

写　真　票

受験番号　※記入しないでください。
（ふりがな） 氏名

・正面、無帽、無背景
・6 ヵ月以内に撮影したもの

（縦４㎝×横３㎝程度）

（切り取り）

令和８年度
福岡県国民健康保険団体連合会
職　員　採　用　試　験
（保健師）

受　験　票

受験番号　※記入しないでください。
（ふりがな） 氏名

試験日時	令和９年１月７日（木） 受付時間　13：00 ～ 13：30 試験時間　13：30 ～ 15：40（予定）
試験会場	福岡県国保会館 福岡市博多区吉塚本町 13－47 （JR 吉塚駅（西口）から徒歩３分）
携行品	・本票 ・筆記用具（HB 鉛筆・消しゴム等）

合否の確認については、電話による問合せには応じませんので、本会からの通知、本会のホームページによりご確認ください。

※受験を辞退される場合は、12 月 28 日（月）までに人事厚生課へご連絡をお願いします。　　TEL：092（642）7804

申　込　書　記　入　要　領

・黒インクまたは黒ボールペンで※印欄（受験番号）を除くすべての欄に記入してください。
・記載事項に不正があると職員として採用される資格を失うことがあります。

氏　　名	氏名を記入してください。	**受 験 番 号**	※記入しないでください。
生 年 月 日 **年齢・性別**	該当する性別、年号を〇で囲んでください。 年齢は、**令和９年４月１日時点**の満年齢を記入してください。		
現　住　所	現在居住している住所を記入してください。		
合格通知等 **連　絡　先**	合格通知等はすべてここに記載された住所に郵送しますので、最も確実なところを記入してください。（現住所と同じ場合は、記入の必要はありません。）		
学　　歴	最終学歴とその１つ前の学歴を新しいものから順に書いてください。 なお、卒業等の別欄では、該当項目に〇をつけてください。		
職　　歴	職歴がある場合は勤め先について記入してください。		
資 格 免 許 **の　種　類**	保健師免許の取得年月日と登録番号を記入してください。 ※取得する見込の方は、取得見込年月日を記入してください。		

・写真票、受験票にも氏名を記入して下さい。

・写真票の写真（申込前６ヵ月以内に写したもので、本人と確認できるもの。（縦４㎝×横３㎝程度））は、裏面に氏名と生年月日を記入して所定の箇所に貼ってください。

・受験票は、はがき（切手がないはがきには「85円切手」を貼付してください）の裏面にはがれないように貼り付け、はがきのおもて面に、受験票の送付先となる申込者の住所、氏名を記入してください。**（切手のないものは返送いたしません。）**

※ 個人情報保護に関して

本申込書に記載された個人情報につきましては、採用試験及び採用に関する事務以外の目的には使用しません。