

鹿 児 島 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会
職 員（保 健 師）採 用 試 験 受 験 申 込 書

写 真 欄

(1)写真は2枚必要です。
1枚はこの枠内に、他の1枚は下の受験票に貼って提出してください。
(2)写真は、申込み前1か月以内のもの（上半身縦横正面向きタテ4cm、ヨコ3cm）で本人と確認できるものが必要。

受験番号	※										番	
ふりがな											性別	
氏名	姓					名					<input type="checkbox"/> 男	
											<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成		年		月		日	年 齢	満		歳	
	<input type="checkbox"/> 昭和											
現住所	〒										連絡先（自宅・携帯）	
緊急連絡先	〒										※上記以外に早急に連絡できる所を記載	連絡先（自宅・携帯）
学歴	学校名		学部・学科			所在地		在学期間			区分	
	現在又は最終		学部			都・道府・県		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込	
			学科			市・町		<input type="checkbox"/> 令和	～	年 月		
	その前		学部			都・道府・県		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
学科			市・町		<input type="checkbox"/> 令和	～	年 月					
職歴	勤務先		職務内容			所在地		在職期間			退職理由	
	現在又は最終					都・道府・県		<input type="checkbox"/> 平成	年	月		
						市・町		<input type="checkbox"/> 令和	～	年 月		
	その前					都・道府・県		<input type="checkbox"/> 平成	年	月		
市・町						<input type="checkbox"/> 令和	～	年 月				

・記入上の注意は裏面にありますので、よく読んでから記入してください。

キ リ ト リ セ ン

鹿 児 島 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会 職 員（保 健 師）採 用 試 験 受 験 票

写 真 欄

受験番号 ※
氏名

記 入 上 の 注 意

- 1 記入事項に虚偽又は不正があると採用される資格を失うことがあります。
- 2 ※印欄を除いて、すべての欄にもれなくインク又はボールペン（黒又は青）を用い、楷書で丁寧に記入してください。なお、数字は算用数字で記入してください。
- 3 年齢は、申込日現在で記入してください。
- 4 連絡先は、あなたに連絡するとき早急に連絡できる所（携帯電話等）を記入してください。
- 5 写真は、2枚必要です。1枚は受験申込書に、他の1枚は受験票に貼ってください。
- 6 キリトリセン部分は、切り離さないで申し込んでください。

キリトリセン

受験注意事項

- 1 試験当日は、必ず本票を持参して試験開始時刻までにおいでください。
- 2 受験の際は、筆記用具(鉛筆・消しゴム等)を持参してください。
- 3 鉛筆は、HBを用意してください。

〒890-0064
鹿児島市鴨池新町7番4号
鹿児島県国民健康保険団体連合会
総務課