

岡山県国民健康保険団体連合会 保健師採用申込（履歴）書

ふりがな		性 別	申込 番号	※記載不要		
氏名						
		生年月日	年 月 日			
ふりがな 現住所 〒 —			写真貼り付け 脱帽・正面向・上半身を6か月以内に撮影したものをノリで貼付 (縦4cm×横3cm)			
電話（自宅又は携帯） — —						
メールアドレス（携帯又はPC） 必須 @						
書類送付先（現住所以外に送付を希望する場合のみ記入） 〒 —						
電話（固定又は携帯） — —						
学 歴	在学期間	学 校 名	学部・学科名	制度	区 分	
	自 . . 至 . .			年制	卒・卒見込 修了・中退	
	自 . . 至 . .			年制	卒・卒見込 修了・中退	
	在職等の期間	勤務先及び所在地	職務内容	退職理由		
職 歴	自 . . 至 . .		保健師業務			
	自 . . 至 . .					
	自 . . 至 . .					
	自 . . 至 . .					

志望動機	
趣味・特技	
性格の長所・短所・自己PR	
免許・資格・検定（取得見込も含む）	
名 称	取得（予定）年月日
保健師免許	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

確認事項： ①すべての受験資格を満たしていることを誓約します。
②記載内容に虚偽や不記載のないことを誓約します。

令和 年 月 日
氏 名 印