

令和8年度石川県国民健康保険団体連合会職員採用試験申込書
(大学卒程度)

令和 年 月 日現在

ふりがな			試 験 区 分	
氏 名				
性別(任意)			大学卒程度	
生年月日(年齢)	平成 年 月 日 生(満 歳)			
現 住 所 (電話番号は必ず連絡のとれる番号を記入すること)	〒 (TEL - -) (携帯番号 - -)			
試験結果等通知先 (現住所と同じ場合は同上と記入してください。)	〒 (TEL - -)			※ 受験番号
学 歴 (最終学歴から高等学校まで新しい順に記入してください。(予備校は除く)また、在学中の場合も記入してください。)				
学 校	学部(学類)・学科(コース)等	所在地(市区町村名まで)	在学期間(平成:H、令和:R)	修学状況
(最終学歴)		都道府県 市区町村	____年____月から ____年____月まで	卒業見込・卒業修了・中退・その他()
(その前)		都道府県 市区町村	____年____月から ____年____月まで	卒業・修了・中退
(その前)		都道府県 市区町村	____年____月から ____年____月まで	卒業・修了・中退
		都道府県 市区町村	____年____月から ____年____月まで	卒業・修了・中退
職 歴 (自家営業を含め、今までの職歴を新しい順に記入してください。)				
勤務先(部課名まで)	職務内容	所在地(番地まで詳しく)	在職期間Ⅰ(平成:H、令和:R)	在職期間Ⅱ
現在の勤務先			年 月から	合計 年 月 年 月
その前			年 月から 年 月まで	年 月
その前			年 月から 年 月まで	年 月
その前			年 月から 年 月まで	年 月
その前			年 月から 年 月まで	年 月
免許、資格等				
名 称	段 級 位 等	取得(見込)年月 (平成:H、令和:R)	発 行 者	
		年 月 取得 取得見込		
		年 月 取得 取得見込		
		年 月 取得 取得見込		
		年 月 取得 取得見込		
私は、令和8年度石川県国民健康保険団体連合会職員採用試験(大学卒程度)を受験したいので申し込みます。 なお、私は試験募集要項に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名 (自署のこと)				

写 真

・最近6か月以内に撮影した脱帽、正面向き、上半身の写真で、縦4.5cm×横3.5cmのものを貼ってください。

・写真裏面に氏名、生年月日を記入してください。

- 記入上の注意
- 申込書のすべてについて※印欄を除き、黒インク又は黒ボールペンで丁寧に記入してください。
ただし、性別欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。
 - 数字は算用数字を用いてください。
 - 学歴の「所在地」、「修学状況」欄、免許、資格等の「取得(見込)年月」欄の「取得 取得見込」はいずれかを○で囲んでください。
また、学歴の高等学校における「学部(学類)・学科(コース)」欄は、「(例)普通科」等を記載してください。
 - 学歴や職歴の欄が不足する場合は、当用紙をコピーし2枚目以降に氏名と学歴または職歴を記入し、左上でホッチキスしてください。
 - 申込書の記載事項に不正がある場合、採用を取り消します。