

令和7年度 福岡県介護保険広域連合会計年度任用職員(認定調査員)試験申込書

				遠賀支部	※確認欄 ☐
※受験番号 No.	氏 名				写真貼付欄 1 申込前3月以内に撮影した上半身、脱帽正面のもので縦4cm×横3cm 2 写真の裏に氏名を記入すること。
	ふりがな				
	生年月日・年齢 昭和・平成 年 月 日生 (令和8年4月1日現在で満 歳)				
〒 ふりがな 現住所 (方)					電話 () —
〒 ふりがな 通知の際の連絡先 (方)					電話 () —
学歴・学校名		学部	学科 専攻	在学期間	卒業・中退 卒業見込の別
現在(最終)				年 月～ 年 月	卒業・中退 卒業見込
(その前)				年 月～ 年 月	卒業・中退
(その前)				年 月～ 年 月	卒業・中退
資格・免許等(写し添付)					
・		No.	取得年月日 昭・平・令		年 月 日
・		No.	取得年月日 昭・平・令		年 月 日
・		No.	取得年月日 昭・平・令		年 月 日
・		No.	取得年月日 昭・平・令		年 月 日

----- キリトリセン -----

令和7年度 会計年度任用職員(認定調査員)試験受験票 (遠賀支部)

ふりがな	※受験番号
氏 名	No.

受験上の注意

- 1 試験の日時、会場は試験要項をよくご覧下さい。
- 2 試験当日は、指定された時間までに会場においで下さい。
試験開始時刻に遅れると受験出来ない場合があります。
- 3 試験時間中は携帯電話を含むすべての電子機器の仕様を一切禁止します。また、計算機能・翻訳機能・通信機能が付いた腕時計等の試験場内持ち込みも禁止します。

職歴 現在までの職業経験を詳しく書いて下さい。

勤務先 (部・課又は診療科)	所在地 (番地まで)	在職期間		仕事内容
現在(最終)		年 月 年 月	年 月	
(その前)		年 月 年 月	年 月	
(その前)		年 月 年 月	年 月	
(その前)		年 月 年 月	年 月	
(その前)		年 月 年 月	年 月	

私は、福岡県介護保険広域連合会計年度任用職員(認定調査員)の募集に係る受験申込をしますが、この申込書の記載事項に相違ありません。

また、試験要項記載の受験資格を満たし、かつ欠格条項に該当しないことを申し添えます。

令和 年 月 日

氏名(自筆)

記入上の留意点

- ※欄以外は、試験申込書及び受験票とも、すべて本人の自筆により、黒のボールペン又はインクで記入して下さい。
- 写真(申込前3ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽正面、縦4cm×横3cm)を必ず貼って下さい。
- 「通知の際の連絡先」欄
合格等の通知先が現住所と異なる場合は、希望される通知先を記入して下さい。
- 「学歴」欄は、中退の場合も必ず記入して下さい。
- 「日付、氏名」欄は日付、氏名を自筆により署名してください。(ゴム印は不可)
- 受験票については、表面の氏名等を記入して下さい。
- 記載事項に虚偽がある場合は、採用される資格を失います。
- 8 試験申込時に、必ず資格者証等の写し及び自動車運転免許証を持参してください。**

個人情報の取扱いについて

この試験に申し込まれた個人情報は、本人の同意なく、福岡県介護保険広域連合会計年度任用職員(認定調査員)試験の目的以外には使用いたしません。