

福井県国民健康保険団体連合会職員採用試験申込書（本人自筆）

写 真 欄 1. 大きさ 縦4cm×横3cm 2. 上半身、脱帽、正面向きで6カ月以内に撮影したものの 3. 写真の裏に氏名を記載し、全面に糊付けして貼付してください。	氏 名	(ふりがな)	受験番号 (記載不要)
	生年月日 (和 暦)	年 月 日 (満 歳)	【書類等郵送先住所の希望】 書類等の郵送先は「連絡先（帰省先等）」になりますが、「現住所」を希望する場合は以下に○をつけてください。 1. 現住所への送付を希望します。
	性 別		
現 住 所	〒 _____ 電話 () -		
連 絡 先 (帰省先等)	〒 _____ 電話 () -		
通知先E-mailアドレス (記載必須)			

学 歴	学 校 名	学 部・学 科	在 学 期 間	修 学 区 分
最終学歴から順に記載してください。			年 月 日から 年 月 日まで	卒、終了、中退 卒・終了見込 年在
			年 月 日から 年 月 日まで	卒、終了、中退
			年 月 日から 年 月 日まで	卒、終了、中退

職 歴	勤 務 先 名 称	所 在 地	在 職 期 間
新しいものから順に記載してください。			年 月 日から 年 月 日まで
			年 月 日から 年 月 日まで
			年 月 日から 年 月 日まで

免 許・資 格	免 許・資 格 名 称	取 得 済 または 見 込 の 区 分	取 得 済 または 見 込 年 月 日
免 許・資 格		取得済 ・ 取得見込み	年 月 日
		取得済 ・ 取得見込み	年 月 日
		取得済 ・ 取得見込み	年 月 日

私は、福井県国民健康保険団体連合会職員採用試験を受験したいので申込みます。
 なお、私は試験案内に記載の受験資格を満たしており、この申込書に記載のすべての事項に相違ありません。

年 月 日

氏 名

【記入上の注意事項】

1. 本申込書をA4用紙に白黒で印刷し、各項目を本人自筆でもれなく記載のうえ、当連合会に郵送してください。
2. 「現住所」「連絡先（帰省先等）」は、番地まで詳細に、アパート等の場合は名称・部屋番号まで、同居の場合は〇〇方など同居先まで記入してください。
3. 「連絡先（帰省先等）」は緊急連絡時に必要となりますので、必ず連絡がつく住所等を記載してください。
4. 「通知先E-mailアドレス」は受験するためのURLや可否通知を受け取るのに必要ですから、必ず記載してください。
5. 1次試験（SPI3）の受験用連絡メールは4月1日以降、上記に記載のメールアドレスに随時送信します。
6. 3月25日までに申込みした方で4月1日を過ぎても当連合会からメールが届かないまたは、4月1日以降に申込書投函後7日以上メールが届かない場合は、総務課の採用試験担当者までお問合せください。（電話/0776-57-1611）