

令和8年度 岐阜県会計年度任用職員  
(措置調査業務宿日直専門職)  
採用選考申込書

[写真欄]

写真は申込前6カ月以内に帽子をつけないで上半身正面向きを撮った縦6.0cm×横4.0cmのもので本人と確認できるものを貼り付けてください。

所属	健康福祉部保健医療課
職名	措置調査業務宿日直専門職

※以下について、必要事項を記入するとともに、該当する□に「✓」を記入(又は該当する□を黒塗り)してください。

1 氏名(フリガナ)		
2 生年月日・年齢		
年	月	日生まれ 歳 ( 年 月 日現在)
3 現住所(同居人の場合は、同居先も記入してください。)		
(郵便番号 - ) (電話 - - ) (携帯電話 - - )		
(メールアドレス )		
4 連絡先(現住所以外の連絡場所がある場合は記入してください。)		
(郵便番号 - ) (電話 - - ) (携帯電話 - - )		
5 学歴(高等学校以上を記入してください。なお、所在地は市町村名までを記入してください。) ※専門学校は、修業年限が2年以上の場合に限ります。		
①現在又は最終 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校 <input type="checkbox"/> 高校		
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地
期 間	学 年 等	
年 月 日 から 年 月 日 まで	学年 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 卒見 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 中退	
②その前 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校 <input type="checkbox"/> 高校		
学 校 名	学 部 科 名	所 在 地
期 間	学 年 等	
年 月 日 から 年 月 日 まで	学年 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退	

