

令和8年度 岐阜県会計年度任用職員  
(医療福祉連携推進課 補助職員(医療従事者等処遇  
改善等緊急支援事業))採用選考申込書

[写真欄]

写真は申込前6カ月以  
内に帽子をつけなくて  
上半身正面向きを撮っ  
た縦4.5cm×横3.5cm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	医療福祉連携推進課
職名	補助職員

※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		
(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 から 年 月 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 から 年 月 まで	学年 <input type="checkbox"/> 卒 <input type="checkbox"/> 中退	
6 職歴(直近の職歴から順に記入してください)		
年	月	職 歴
		( 年 月 まで)
		( 年 月 まで)
		( 年 月 まで)
		( 年 月 まで)
		( 年 月 まで)

