令和７年度　文京区会計年度任用職員（保健師）任用申込書

新規

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | | | |  | | 受付年月日 | | | | |  | 写　　真  最近３か月以内に  撮影したもの  裏面に氏名を記入  すること。  （４×３ｃｍ程度） | |
| 保健師 | | | | ※ | | ※令和　　　年　　月　　日 | | | | |  |
| ※欄は記入しないでください。  記入上の注意事項  １　青か黒のペン又はボールペンで記入してください（消せるインクは不可）。  ２　現住所・郵送先  (1)　　連絡先は、確実に連絡がとれる電話番号を２か所記入してください。  （携帯電話や実家等で伝言を依頼できるところを含む。）  (2)　郵送先欄には結果通知等を現住所以外へ希望する人のみ記入してください。 | | | | | | | | | | |
|  | |
| ふりがな | |  | | | | | |  | | | | | | |
| 氏　　名 | | （氏） | | | | | | （名） | | | | | | |
| 生年月日 | | 昭和  平成 | 年　　　 月　　　日 | | | | 年　 齢  (令和７年４月１日現在) | | | 満　　　歳 | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 〒　　　　－ | | | | | | | | 連絡先１　　　－　　　　－ | | | | |
|  | | | | | | | |
| 連絡先２　　　－　　　　－ | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 〒　　　　－ | | | | | | | | 連絡先１　　　－　　　　－ | | | | |
|  | | | | | | | |
| 連絡先２　　　－　　　　－ | | | | |
| 学  歴 | 義務教育終了後の学歴を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 最終学校（又は在学校） | | | | | | | | 昭・平・令 年 　 　月から  昭・平・令 年 　月まで  　　　 　　年在学・卒業見込・卒業・中退 | | | | | |
| その前 | | | | | | | | 昭・平・令　　 年　　　月から  昭・平・令 　　年　　　月まで　卒業・中退 | | | | | |
| 職  歴  新  ↓  旧 |  | | | | （区の場合は所属を記入） | | | |  | | | | 退職理由 | |
| 昭・平・令　　　年　　月　　日から  昭・平・令　　　年　　月　　日まで | | | | 正規･任期付･派遣･非常勤･アルバイト | | | |  | | | |  | |
| 昭・平・令　　　年　　月　　日から  昭・平・令　　　年　　月　　日まで | | | | 正規･任期付･派遣･非常勤･アルバイト | | | |  | | | |  | |
| 昭・平・令　　　年　　月　　日から  昭・平・令　　　年　　月　　日まで | | | | 正規･任期付･派遣･非常勤･アルバイト | | | |  | | | |  | |
| 昭・平・令　　　年　　月　　日から  昭・平・令　　　年　　月　　日まで | | | | 正規･任期付･派遣･非常勤･アルバイト | | | |  | | | |  | |
| 昭・平・令　　　年　　月　　日から  昭・平・令　　　年　　月　　日まで | | | | 正規･任期付･派遣･非常勤･アルバイト | | | |  | | | |  | |
| 資格免許 | 名　　　称 | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | 昭・平・令　 　年 　月 　日　取得・取得見込み | | | | |  | | | | |
|  | | | | 昭・平・令　 　年 　月 　日　取得・取得見込み | | | | |  | | | | |
|  | | | | 昭・平・令　 　年 　月 　日　取得・取得見込み | | | | |  | | | | |
|  | | | | 昭・平・令　 　年 　月 　日　取得・取得見込み | | | | |  | | | | |
| 志望動機 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 自己ＰＲ |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症発生時の疫学調査や接触者対応の際に、取り乱してしまう患者や接触者がいます。  その際に、患者や接触者に対し、どのように保健師として関わっていけばよいか、あなたのこれまでの経験を踏まえ、考えを述べて下さい。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、令和７年度文京区会計年度任用職員として任用されることを希望し、申し込みます。  この申込書の全ての記載内容は、事実と相違ありません。    　　　　年　　月　　日　　　　　　　氏名（自署） | | | | | | | | | | | | | | |