

受験番号	※記入しないでください。
------	--------------

静岡県後期高齢者医療広域連合パートタイム会計年度任用職員
選考試験申込書（保健師）

令和 年 月 日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 宛

住所	
氏名	印

私は、静岡県後期高齢者医療広域連合パートタイム会計年度任用職員選考試験（保健師）を受験したいので、下記について確認の上、申し込みます。

記

- 1 保健師の資格を有していること。
- 2 地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。
- 3 本申込書及び履歴書の記載内容は、事実と相違ありません。
- 4 採用の場合は、募集要領記載の条件により勤務することを了承します。