令和９年４月採用予定 会津若松市会計年度任用職員（専門員）
母子保健コーディネーター　選考試験　受験申込書

※受験番号	B　－

※には記入しないでください

写　　真 縦　　横 ４ｃｍ×３ｃｍ	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男　・　女	昭和・平成　　年　　月　　日

現住所	〒　　ＴＥＬ
問い合わせ電話連絡先 （日中、連絡のつく番号）	ＴＥＬ

学　歴	年	月	学校名	区分	学部学科名	
				中学校		卒業
				高等学校	科	入学
				高等学校	科	卒業・卒業見込・中退
					学部　　科	入学
					学部　　科	卒業・卒業見込・中退
					学部　　科	入学
					学部　　科	卒業・卒業見込・中退

職　歴 （書ききれない場合は、直近6つ分）			
年　月　日から 年　月　日まで	勤務先：	雇用形態：　正規　・　その他	業務内容：
年　月　日から 年　月　日まで	勤務先：	雇用形態：　正規　・　その他	業務内容：
年　月　日から 年　月　日まで	勤務先：	雇用形態：　正規　・　その他	業務内容：
年　月　日から 年　月　日まで	勤務先：	雇用形態：　正規　・　その他	業務内容：
年　月　日から 年　月　日まで	勤務先：	雇用形態：　正規　・　その他	業務内容：
年　月　日から 年　月　日まで	勤務先：	雇用形態：　正規　・　その他	業務内容：

退職の事由	
資格	
受験資格確認	□　助産師免許保有者で実務経験（助産及び妊産婦や新生児に保健指導等）が５年以上 □　パソコンを使用して文書、資料等の作成 □　普通自動車運転免許