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非常勤嘱託職員選考試験申込書（保健師）

令和元年　　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非常勤嘱託職員選考試験（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おりません。

３　本申込書及び履歴書の記載内容は、事実に相違ありません。

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。