**民間企業等経験申告書（保健師）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | **※受験番号** |  |

※受験番号の欄は入力しないでください。

民間企業等での職務経験等を最近のものから順に記入してください。（年月日は和暦(元号)で記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　　　歴 | 職歴① | 勤務先等 |  | 所在地 | 都　道  府　県 | 雇用期間 | 年　　月　　日から  　　　年　　月　　日まで  在職中　退社予定 | 在職年数 |
| 年　月　日 |
| 職位 | （役職等や部下の有無等について記載してください） | | | | | |
| 職務内容 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 職歴② | 勤務先等 |  | 所在地 | 都　道  府　県 | 雇用期間 | 年　　月　　日から  　　　年　　月　　日まで  在職中　退社予定 | 在職年数 |
| 年　月　日 |
| 職位 | （役職等や部下の有無等について記載してください） | | | | | |
| 職務内容 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 職歴③ | 勤務先等 |  | 所在地 | 都　道  府　県 | 雇用期間 | 年　　月　　日から  　　　年　　月　　日まで  在職中　退社予定 | 在職年数 |
| 年　月　日 |
| 職位 | （役職等や部下の有無等について記載してください） | | | | | |
| 職務内容 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

※１年以上継続して就業（１週間当たりの所定労働時間が30時間以上）したものに限る。

【記入上の注意】

１　記載内容に虚偽の事項がある場合には、採用される資格を失うことがあります。

２　複数の職歴があり、上記の項目欄に記入しきれない場合は、別葉を添付して提出してください。

３　最終合格発表後、職務経験年数の確認のため、職歴証明書等を提出していただきます。

なお、５年以上（うち保健師として２年以上）の職務経験年数が確認できなかった場合は、採用されません。