# 【令和８年度】保土ケ谷区会計年度任用職員
# （福祉保健課健康づくり・健康アクション支援業務）登録用紙

申込日：　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 登録区分 | | 初期登録　・　変更登録 | |
| ふりがな<br>氏名 | | | 生年月日 |
| | | （男・女） | 年　月　日生（　歳） |
| 住所<br>最寄り駅 | | 〒<br>最寄り駅（　線　駅） | |
| 連絡先 | 電話・FAX | 電話：　FAX： | |
| | Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | |
| 資格 | 資格名 | ◆該当するもの全てに○をしてください<br>①管理栄養士（又は栄養士）　②歯科衛生士　③保健師（又は看護師） | |
| 希望する勤務条件 | 勤務日時 | ◆勤務が可能な曜日に○をして勤務可能時間帯をご記入ください。<br>① 月曜日（　：　～　：　）<br>② 火曜日（　：　～　：　）<br>③ 水曜日（　：　～　：　）<br>④ 木曜日（　：　～　：　）<br>⑤ 金曜日（　：　～　：　）<br>⑥ 土曜日（　：　～　：　）<br>⑦ 日曜日（　：　～　：　） | |
| | 勤務期間 | 年　月　～　年　月 | |
| | その他仕事をする上で配慮してもらいたい事項 | | |
| 主な職歴 | 本市 | 勤務先・業務内容：<br>勤務期間：　年　月　～　年　月 | |
| | 民間企業等 | 業務内容：<br>勤務期間：　年　月　～　年　月 | |

| 登録者番号 |
|---|
| |

受付者（所属・氏名）