

## 【R8年度】磯子区会計年度任用職員（子ども家庭支援課 母子保健業務スタッフ）

## 登録用紙

看護職

申込日：令和 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                             |          | S · H 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メールアドレス |  |
| 資格                               |          | ◆該当するもの全てに○をしてください<br>1. 看護師 2. 助産師 3. 保健師   |
| 希望する勤務条件<br>◆該当する項目に□してください（複数可） |          |  |
| 希望勤務数（複数回答可）                     |          | <input type="checkbox"/> 週4日 <input type="checkbox"/> 週3日 <input type="checkbox"/> 週2日 <input type="checkbox"/> 週1日                    |
| 希望曜日                             |          | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 |
| 希望する勤務期間                         |          | <input type="checkbox"/> 通年（～令和8年3月）<br><input type="checkbox"/> 年 月 ~ 年 月   |
| その他仕事をするうえで<br>配慮を希望する事項         |          |  |

登録者番号

受付者（所属・氏名）