

【R 8年度】磯子区会計年度任用職員（こども家庭支援課 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 氏名		
生年月日		S ・ H 年 月 日 生 ( 歳)
住 所 最寄り駅		〒  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		<p>◆該当するもの全てに○をしてください</p> <p>1. 看護師    2. 助産師    3. 保健師</p>
<p><b>希望する勤務条件</b></p> <p>◆該当する項目に☑してください（複数可）</p>		
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） <input type="checkbox"/> 年 月 ～ 年 月
その他仕事をするうえで 配慮を希望する事項		

登 録 者 番 号

受付者（所属・氏名）