

【R3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		◆該当するもの全てに○をしてください 1. 看護師 2. 助産師 3. 保健師
希望する勤務条件 ◆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4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）
