**【令和６年度】磯子区福祉保健課会計年度任用職員**

**（栄養士）登録用紙**

**栄養士**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **登録区分** | | | 初期登録　　　・　　　変更登録 | |
|  | | |  | **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ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  | |
| **資　格** | | | ◆該当するもの全てに○をしてください  １．栄養士　　　　　２．管理栄養士 | |
| **職　種** | | | 健康づくり関係業務　栄養士 | |
| **希望する勤務条件** | **勤務日時** | | ◆勤務可能な勤務日及び勤務時間帯をご記入ください。 | |
| **勤務期間** | | □通年（～令和７年３月）  □　　　年　　　月　～　　　年　　　月 | |
| **その他仕事をするうえで**  **配慮を希望する事項** | | |  | |

受付者（所属・氏名）

　磯子区福祉保健課

登録者番号