

【令和5年度】神奈川県子ども家庭支援課会計年度任用職員（看護職、栄養士、歯科衛生士・日額職）登録用紙

看護職・栄養士・歯科衛生士

申込日： 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		
		(男・女)	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	資格名	◆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 ④栄養士 ⑤歯科衛生士		
希望する勤務条件	職 種	① 乳幼児健康診査・看護職スタッフ ② 母子保健業務・看護職スタッフ ※追加募集 ③ 乳幼児食生活健康相談・栄養士スタッフ ④ 乳幼児健康診査等・栄養士スタッフ ⑤ 乳幼児健康診査等・歯科衛生士スタッフ ※追加募集		
	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。 ① 月曜日 ( : ~ : ) ② 火曜日 ( : ~ : ) ③ 水曜日 ( : ~ : ) ④ 木曜日 ( : ~ : ) ⑤ 金曜日 ( : ~ : )		
	勤務期間	年 月 ~ 年 月		
	その他仕事をする上で配慮していただきたい事項			
主な職歴	本 市	勤務先・業務内容： 勤務期間： 年 月 ~ 年 月		
	民間企業等	業務内容： 勤務期間： 年 月 ~ 年 月		

登録者番号

受付者（所属・氏名）

--

\_\_\_\_\_