

【R8年度】港北区こども家庭支援課会計年度任用職員（母子保健業務スタッフ日額職）登録用紙

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		
		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歯科衛生士 ⑤栄養士		
希望する勤務条件	職種	◆該当するものに○をしてください ① 母子保健業務・看護職スタッフ		
	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（ : ~ : ） ⑥ 土曜日（ : ~ : ）		
	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）

\_\_\_\_\_