

横浜市母子訪問指導員申込書

ふりがな				
氏 名				
生 年 月 日			年 齢	
昭和 ・ 平成 年 月 日			歳	
住 所	(千 一)			
	電 話 ー ー 携帯電話 ー ー			
<p>私は裏面の業務内容等、横浜市母子訪問指導員委任要綱及び母子訪問指導事業に係る個人情報取扱特記事項について承諾し、申し込みます。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p>				

(裏)

業 務 内 容	福祉保健センター長の指示を受け、次に掲げる業務を行う。 (1) 第1子の新生児とその養育者への家庭訪問及び保健指導 (2) 福祉保健センターへの毎月の報告及び業務連絡会（月1回）への参加 (3) こども青少年局の実施する研修会への出席
従 事 場 所	申込書を提出した区役所及び当該区内
委 任 期 間	委任開始の日から当該会計年度の末日まで ※委任期間の更新は可 ただし年齢満 65 歳に達した日の属する会計年度の末日まで
報 酬	(1) 基本報酬：訪問1回につき 4,000 円 (2) 業務連絡会報酬：1回につき 2,950 円 (3) 研修会報酬：1回につき 5,900 円
法 令 遵 守	業務を遂行するに当たり、法令及び横浜市の定める条例、規則等に従い、かつ、福祉保健センター長の指示に忠実に従わなければならない。
秘 密 保 持	業務上知り得た秘密及び個人情報を漏らしてはならない。母子訪問指導員でなくなった後も、また同様とする。

履 歴 書

年 月 日 現在			写真を貼る位置 (本人単身胸から上) 約 3.5 cm × 約 3.0 cm ※写真裏面に氏名を 記載してください。 電話 () 呼出 方
ふ り が な		男 ・ 女	
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)		
現 住 所	〒 ()		
年 月 ~ 年 月		学 歴・職 歴 (各別にまとめて記入)	
自 至 ~			
年 月 日 ~ 年 月 日		横 浜 市 で の 職 歴	
自 至 ~		局 区役所 部 課 係	
		局 区役所 部 課 係	
年	月	免 許 ・ 資 格	