**中区こども家庭支援課会計年度任用職員　登録用紙**

**（乳幼児健康診査等スタッフ：日額職）**

申込日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **登録区分** | 初期登録　　　・　　　変更登録　　　 |
|  |  | **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ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  |
| **資格** | **資格名** | ◆該当するもの全てに○をしてください①歯科衛生士　　②看護師　　③助産師　　④保健師 |
| **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　乳幼児歯科健康診査等　歯科衛生士スタッフ②　乳幼児健康診査等　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　（　　：　　～　　：　　） |
| **勤務期間** | 年　　月　　　～　　　年　　月 |
| **その他仕事****をする上で****配慮してもらいたい事項** |  |
| **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）

　中区こども家庭支援課