**【Ｒ６年度】西区会計年度任用職員（こども家庭支援課　乳幼児健康診査・母子保健業務スタッフ）**

**登録用紙**

看護職・栄養士・歯科衛生士　　　　　　　　　　　　　　　　　　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．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 ◆該当する項目に☑してください（複数可）** |
| 職種 | 勤務日程 |
| * 乳幼児健康診査

看護職スタッフ※業務内容については、「登録募集職種一覧」をご参照ください。 | □４ヶ月児健診　　　木曜日　8:45～12:45（4時間）□１歳６ヶ月児健診　火曜日　8:45～12:45（4時間）□３歳児健診　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）□経過健診　　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）※詳しい日程を「令和６年度　西区乳幼児健診　看護職スタッフ　勤務日希望票」でご確認の上、当登録用紙とともに提出してください。※複数の採用予定者でローテーションを組むため、出勤日は選択いただいた項目の範囲で調整させていただきます。 |
| * 乳幼児健康診査栄養士スタッフ

※業務内容については、「登録募集職種一覧」をご参照ください。 | □４ヶ月児健診　　　木曜日　8:45～12:45（4時間）□１歳６ヶ月児健診　火曜日　8:45～12:45（4時間）□３歳児健診　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）※詳しい日程を「令和６年度　西区乳幼児健診　栄養士スタッフ　勤務日希望票」でご確認の上、当登録用紙とともに提出してください。※複数の採用予定者でローテーションを組むため、出勤日は選択いただいた項目の範囲で調整させていただきます。 |
| * 乳幼児健康診査

歯科衛生士スタッフ※業務内容については、「登録募集職種一覧」をご参照ください。 | □４ヶ月児健診　　　　　　　木曜日　8:45～12:45（4時間）□１歳６ヶ月児健診Ａ　　　　火曜日　8:45～12:45（4時間）□１歳６ヶ月児健診Ｂ　　　　火曜日　8:45～16:00（6時間15分）□３歳児健診　　　　　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）□３歳児健診・経過歯科健診　木曜日　8:45～16:00（6時間15分）□乳幼児・妊産婦歯科相談、１歳６ヶ月児歯科事後指導教室　　　　　　　　　　　　　　月曜日　8:45～16:00（6時間15分）※詳しい日程を「令和６年度　西区乳幼児健診　歯科衛生士スタッフ　勤務日希望票」でご確認の上、当登録用紙とともに提出してください。※複数の採用予定者でローテーションを組むため、出勤日は選択いただいた項目の範囲で調整させていただきます。 |
|  | 裏面あり |
| 職種 | 勤務日程等 |
| * 母子保健事業

看護職スタッフ | 希望勤務数 | いずれかに☑し、（　　）内に日数を記入）□　週　（　　　～　　　）日□　月　（　　　～　　　）日 |
| 勤務時間帯 | * 8:45～17:15（7時間30分）
* 8:45～15:00（5時間15分）
* 8:45～12:00（3時間15分）
* 13:00～17:15（4時間15分）
 |
| 曜日 | □月　　□火　　□水　　□木　　□金　 |

**その他**

|  |  |
| --- | --- |
| **その他仕事をする上で****配慮を希望する事項** | （例：・4か月健診の従事を希望しますが、●月●日は勤務できません。・年間を通して、○日以上（以下）の勤務を希望します。　　　等） |
| **希望する勤務期間** | □通年（～令和７年３月）□　　　年　　　月　～　　　年　　　月 |
| **主な職歴** | **本市** | 勤務先・業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　　月　 |
| 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 |
| 業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　　月　　　　　  |

受付者（所属・氏名）

　西区こども家庭支援課

受付日

　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

登録者番号