**【R７年度】神奈川区福祉保健課会計年度任用職員（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　保健師　　②　看護師　　③　栄養士　　④　歯科衛生士 | |
| **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　健康づくり関係業務　看護職  ②　健康づくり関係業務　栄養士  ③　健康づくり関係業務　歯科衛生士 | |
| **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 | |

受付者（所属・氏名）

登録者番号