

令和4年度

加美郡保健医療福祉行政事務組合 会計年度任用職員登録申請書

令和 年 月 日提出

ふりがな 氏名				写真添付 ※脱帽で正面向きで 6ヶ月以内に撮影 したもの 縦4cm×横3cm	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生(満 歳)	性別	男・女	
ふりがな 現住所 〒					電話
ふりがな 連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)					電話

希 望 職 種	
※雇用形態、希望職種を○で囲んでください。(希望職種については、1つ以上・複数選択可)	
雇用形態	希望職種
1. フルタイム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健師</li> <li>・ 看護師</li> <li>・ 准看護師</li> <li>・ 介護支援専門員</li> <li>・ 介護福祉士</li> <li>・ 介護士</li> <li>・ 看護補助員</li> <li>・ 看護助手</li> <li>・ 運転業務員</li> <li>・ 事務補助員</li> <li>・ 理学療法士</li> <li>・ 作業療法士</li> <li>・ 管理栄養士</li> <li>・ 臨床検査技師</li> <li>・ 診療放射線技師</li> </ul>
2. パートタイム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤師</li> </ul>
免 許 ・ 資 格	
※免許・資格を要する職種を希望する場合は、希望職種に対応する免許証・資格証の写しを添付してください。	
	昭和・平成・令和 年 月取得
	昭和・平成・令和 年 月取得
	昭和・平成・令和 年 月取得
	昭和・平成・令和 年 月取得
学 歴 (中学校から記載)	
S・H・R 年 月～ S・H・R 年 月	
S・H・R 年 月～ S・H・R 年 月	
S・H・R 年 月～ S・H・R 年 月	
S・H・R 年 月～ S・H・R 年 月	
S・H・R 年 月～ S・H・R 年 月	

職 歴		
年 月	勤務先（会社名等）	仕事の内容（職種等）
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		

志望の動機、趣味・特技、健康状態など

志望の動機			
趣味・特技		通勤距離 (片道)	k m
健康状態		通勤時間 (片道)	分

その他（自己PR・希望事項等）

緊急連絡先	続柄	氏 名	住 所 及 び 連 絡 先	同居・別居
			住所	
			電話① ②	
			住所	同居・別居
		電話① ②		

※組合記入欄

登録年月日	令和 年 月 日	登録番号	