**会計年度任用職員（健康課 心身障害児指導補助員）登録申込書**

令和 年 月 日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |  |
| 氏名 | （姓） | | （名） |
| 勤務条件 | 勤務開始可能日 | 令和　　年　　月　　日  ※登録期間は勤務開始可能日の属する年度の末日(3月31日)までです。 | |
| 希望勤務期間  （複数回答可） | 登録案内「勤務日数及び勤務時間」より選択  ①　　② | |
| 社会保険加入の可否 | □可　□不可 | |
| 時間外労働の可否 | □可　□不可 | |
| 技能 | Word（複数回答可） | □経験なし　□文書作成可　□差し込み印刷、表作成可 | |
| Excel（複数回答可） | □経験なし　□文字、数値の入力可　□基本的な関数使用可 | |
| 免許・資格 |  | |
| その他 | 窓口対応の可否 | □可　□不可 | |
| 電話対応の可否 | □可　□不可 | |
| 兼業の有無 | □あり　□なし | |
| 本市職歴の有無 | □あり　□なし | |
| 通勤手段  （複数回答可） | □徒歩　□交通用具（名称：　　　　）　□交通機関（名称：　　　　） | |
| 備考欄 | 特記事項があれば、具体的な内容を記入してください。 | | |
|  | | |

記入方法は裏面をご参照ください。

**【記入例】会計年度任用職員（健康課 心身障害児指導補助員）登録申込書**

令和 年 月 日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  （姓） | にしとうきょう  （名） | | はなこ |
| 氏名 | 西東京 | | 花子 |
| 勤務条件 | 勤務開始可能日 | 令和 ○ 年 ４ 月 １ 日  ※登録期間は勤務開始可能日の属する年度の末日(3月31日)までです。 | |
| 希望可能期間  （複数回答可） | 募集案内「勤務日数及び勤務時間」より選択  ①　　② | |
| 社会保険加入の可否 | ☑可　□不可 | |
| 時間外労働の可否 | ☑可　□不可 | |
| 技能 | Word（複数回答可） | □経験なし　☑文書作成可　☑差し込み印刷、表作成可 | |
| Excel（複数回答可） | □経験なし　☑文字、数値の入力可　□基本的な関数使用可 | |
| 免許・資格 | 普通自動車第一種運転免許 | |
| その他 | 窓口対応の可否 | ☑可　□不可 | |
| 電話対応の可否 | ☑可　□不可 | |
| 兼業の有無 | □あり　☑なし | |
| 本市職歴の有無 | □あり　☑なし | |
| 通勤手段  （複数回答可） | □徒歩　☑交通用具（名称：自転車　）　□交通機関（名称：　　　　） | |
| 備考欄 | 特記事項があれば、具体的な内容を記入してください。 | | |
| 令和○年2月１日から７日までの間は連絡が取れません。 | | |