

任用希望調書

受験番号	*	氏名	
------	---	----	--

- ◆ あなたが希望する勤務条件等について、以下の項目に○又は希望を記入してください。

1	勤務場所	市内施設どちらでも可・田無総合福祉センターのみ・保谷保健福祉総合センターのみ・その他（ ）
2	社会保険	現在の保険証から切り替え可能 ・ 現在の保険証の継続加入を希望
3	勤務日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ その他（ ）
4	勤務時間	午前 時 分 ～ 午後 時 分 1日 時間、週 日勤務
5	勤務開始日	令和 年 月 日 から
6	勤務終了日	令和 年 月 日 まで
7	その他	

(注) *印欄は、記入しないでください。

面接試験の際に、この任用希望調書をもとに、任用形態を確認します。

ご希望をお書きください。

なお、業務等により、ご希望に応じられないことがあります。ご了承ください。

【お問合せ先】 西東京市健康福祉部健康課
電話：042-438-4037（課直通）