

## 任用希望調書（発達支援係 看護業務補助員）

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	西東京市住吉会館 ルピナス 1階 こどもの発達センターひいらぎ
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 勤務時間	募集要項「3 勤務条件等 (1) 勤務日及び勤務時間等」 表内「勤務日及び勤務時間」の内、希望するものに○（複数回答可）  <div style="text-align: center;">(    ①                      ②                      )</div>
4	勤務開始日	令和        年        月        日 から
5	勤務終了日	令和        年        月        日 まで
6	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発達支援係  
電話：042-422-9897（係直通）