

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・小学校及び中学校のみ、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）