**会計年度任用職員（高齢者支援課 保健業務・看護業務補助員）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。 | |
| 勤務可能日数  （複数回答可） | □月に数回　□週１日　□週２日　□週３日　☐週４日　☐週５日 | |
| 勤務可能曜日  （複数回答可） | ☐月　☐火　☐水　☐木　☐金 | |
| 勤務可能時間 | 時　　　分　　～　　　時　　　分 | |
| 社会保険加入の可否 | □可　□不可 | |
| 技能 | 免許・資格 | □保健師　　□看護師 | |
| その他 | 兼業の有無 | □あり　□なし | |
| 本市職歴の有無 | □あり　□なし | |
| 認知症をはじめとする高齢者の支援に関わった経験等について |  | |
| 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（高齢者支援課 保健業務・看護業務補助員）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。 | |
| 勤務可能日数  （複数回答可） | □月に数回　□週１日　□週２日　□週３日　☑週４日　☑週５日 | |
| 勤務可能曜日  （複数回答可） | ☑月　☑火　☑水　☑木　☑金 | |
| 勤務可能時間 | ９時　0分　　～　16時　0分 | |
| 社会保険加入の可否 | ☑可　□不可 | |
| 技　　能 | 免許・資格 | ☑保健師　　□看護師  普通自動車第一種運転免許 | |
| その他 | 兼業の有無 | □あり　☑なし | |
| 本市職歴の有無 | □あり　☑なし | |
| 認知症をはじめとする高齢者の支援に関わった経験等について |  | |
| 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。 | | |