**会計年度任用職員（健康課 保健業務補助員）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。 |
| 希望勤務期間（複数回答可） | □長期（６か月以上）□中期（２か月超～６か月未満）□短期（２か月以下） |
| 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） | □日　□月　□火　□水　□木　□金　□土 |
| 勤務可能時間 | 時　　分　　～　　時　　分 |
| 社会保険等加入の可否 | □可　□不可 |
| 時間外労働の可否 | □可　□不可 |
| 勤務場所の希望（複数回答可） | □田無庁舎　□保谷庁舎　□その他市の施設（　　　　　） |
| 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 | □保健師　　□助産師　　□看護師 |
| 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 保健業務補助員）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 7 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） | ☑長期（６か月以上）☑中期（２か月超～６か月未満）□短期（２か月以下） |
| 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） | □日　☑月　☑火　☑水　☑木　☑金　□土 |
| 勤務可能時間 | ９時　00分　　～　16時　00分 |
| 社会保険等加入の可否 | ☑可　□不可 |
| 時間外労働の可否 | ☑可　□不可 |
| 勤務場所の希望（複数回答可） | ☑保谷保健福祉総合センター　☑田無総合福祉センター　 |
| 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 | ☑保健師　　□助産師　　□看護師 |
| 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7年2月１日から７日までの間は連絡が取れません。 |