

令和3年度

加美郡保健医療福祉行政事務組合 会計年度任用職員登録申請書

令和 年 月 日提出

ふりがな 氏名				写真添付 ※脱帽で正面向きで 6ヶ月以内に撮影 したもの 縦4cm×横3cm	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生(満 歳)	性別	男 ・ 女	
ふりがな 現住所 〒					電話
ふりがな 連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)					電話

希 望 職 種					
※雇用形態、希望職種を○で囲んでください。(希望職種については、1つ以上・複数選択可)					
雇用形態	希 望 職 種				
● フルタイム	・保健師	・看護師	・准看護師	・臨床検査技師	・薬剤師
	・介護支援 専門員	・介護福祉士	・介護士 看護助手	・診療放射線技師	・運転手
● パートタイム	・事務補助員	・理学療法士	・作業療法士	・管理栄養士	
免 許 ・ 資 格					
※免許・資格を要する職種を希望する場合は、希望職種に対応する免許証・資格証の写しを添付してください。					
	昭和・平成・令和		年	月	取得
	昭和・平成・令和		年	月	取得
	昭和・平成・令和		年	月	取得
	昭和・平成・令和		年	月	取得
学 歴 (中学校から記載)					
S・H・R	年	月	～	S・H・R	年 月
S・H・R	年	月	～	S・H・R	年 月
S・H・R	年	月	～	S・H・R	年 月
S・H・R	年	月	～	S・H・R	年 月
S・H・R	年	月	～	S・H・R	年 月

新規登録用

職 歴		
年 月	勤務先（会社名等）	仕事の内容（職種等）
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		

志望の動機、趣味・特技、健康状態など

志望の動機			
趣味・特技		通勤距離 (片道)	k m
健康状態		通勤時間 (片道)	分

その他（自己PR・希望事項等）

緊急連絡先	続柄	氏 名	住 所 及 び 連 絡 先	同居・別居
			住所	
			電話① ②	
			住所	同居・別居
		電話① ②		

※組合記入欄

登録年月日	令和 年 月 日	登録番号	