

加美郡保健医療福祉行政事務組合 嘱託職員及び臨時職員登録申請書

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4 c m × 横3 c m	
生年 月 日	昭和 平成	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											
※希望職種を○で囲んでください。（１つ以上・複数選択可）											
嘱託職員						臨時職員					
・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 介護士 看護助手						・ 保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 介護支援 専門員 ・ 介護士 看護助手 ・ 運転手 ・ 事務補助員 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 臨床検査 技師 ・ 診療放射 線技師 ・ 管理栄養士 ・ 薬剤師					
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		年		月取得	
						昭和・平成		年		月取得	
						昭和・平成		年		月取得	
						昭和・平成		年		月取得	
学 歴（中学校から記載）											
S・H 年 月～ S・H 年 月											
S・H 年 月～ S・H 年 月											
S・H 年 月～ S・H 年 月											
S・H 年 月～ S・H 年 月											
S・H 年 月～ S・H 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 年 月～S・H 年 月				
S・H 年 月～S・H 年 月				
S・H 年 月～S・H 年 月				
S・H 年 月～S・H 年 月				
S・H 年 月～S・H 年 月				
S・H 年 月～S・H 年 月				
S・H 年 月～S・H 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	
			住所	
			電話① ②	
			住所	
電話① ②				

※組合記入欄

登録年月日	平成 年 月 日	登録番号	