

千葉県健康福祉部臨時的任用職員等登録申込書

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日
氏名		国籍	日本 その他	(年齢)	平成	()	()	歳
		〒 -						
現住所								線
								駅
	電話	()	その他連絡先		()			
メール	@							
最終学歴	* 専修・各種学校の場合は、その前の学校名			自動車 運転免許	有・無	種別		
免許・資格	免許・資格名		取得(見込)年月日		認定(交付)機関			
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
希望する 勤務地 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 県内全域	<input type="checkbox"/> 千葉地区	<input type="checkbox"/> 葛南地区	<input type="checkbox"/> 東葛飾地区				
	<input type="checkbox"/> 野田地区	<input type="checkbox"/> 印旛地区	<input type="checkbox"/> 香取地区	<input type="checkbox"/> 海匝地区				
	<input type="checkbox"/> 山武地区	<input type="checkbox"/> 長生地区	<input type="checkbox"/> 夷隅地区	<input type="checkbox"/> 鴨川地区				
	<input type="checkbox"/> 安房地区	<input type="checkbox"/> 君津地区	<input type="checkbox"/> 市原地区					
希望する 職 種 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 保健師		<input type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> 看護師(専任教員)			
	<input type="checkbox"/> 准看護師		<input type="checkbox"/> 管理栄養士		<input type="checkbox"/> 栄養士			
	<input type="checkbox"/> 獣医師		<input type="checkbox"/> 薬剤師		<input type="checkbox"/> 臨床検査技師			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉相談員		<input type="checkbox"/> 保育士		<input type="checkbox"/> 児童福祉司			
	<input type="checkbox"/> 心理		<input type="checkbox"/> 児童自立支援専門員		<input type="checkbox"/> 児童指導員			
	<input type="checkbox"/> 母子自立支援員、婦人相談員、家庭支援専門相談員							
会計年度 任用職員 勤務希望 (複数選択可)	会計年度任用職員の登録を希望される場合は、以下をチェックしてください。							
	<input type="checkbox"/> 会計年度任用職員		(週4又は5日		週29時間)			
	<input type="checkbox"/> 会計年度任用職員		(週3日以内		週20時間以内)			
その他 特記事項								
<p>私は、臨時的任用職員等の登録を行ないたいので、履歴書等を添えて申し込みます。 また、私は応募資格を全て満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (自署)</p> <p style="text-align: center;">_____</p>								