**【令和７年度】**

中区こども家庭⽀援課会計年度任⽤職員 登録⽤紙

（乳幼児健康診査等スタッフ︓⽇額職）

申込⽇︓ 年 ⽉ ⽇

|  |  |
| --- | --- |
| **登 録 区 分** | 初期登録 ・ 変更登録 |
| ふりがな**⽒名** | （男・⼥） | **⽣年⽉⽇** |
| Ｓ・Ｈ 年 ⽉ ⽇⽣（ 歳） |
| **住 所** | 〒最寄り駅（ 線 駅） |
| **最 寄 り 駅** |
| **連絡先** | **電話・FAX** | 電話︓ FAX︓ |
| **E ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  |
| **資格** | **資格名** | * 該当するもの全てに○をしてください

①⻭科衛⽣⼠ ②看護師 ③助産師 ④保健師 |
| **希 望 す る 勤 務 条 件** |  | ◆該当するものに○をしてください |
| **職 種** | ① 乳幼児⻭科健康診査等 ⻭科衛⽣⼠スタッフ |
|  | ② 乳幼児健康診査等 看護職スタッフ |
|  | ◆勤務が可能な曜⽇に○をして勤務可能時間帯をご記⼊ください。 |
|  | ① ⽉曜⽇ （ ︓ 〜 ︓ ） |
| **勤務⽇時** | ② ⽕曜⽇ （ ︓ 〜 ︓ ）③ ⽔曜⽇ （ ︓ 〜 ︓ ） |
|  | ④ ⽊曜⽇ （ ︓ 〜 ︓ ） |
|  | ⑤ ⾦曜⽇ （ ︓ 〜 ︓ ） |
| **勤務期間** | 年 ⽉ 〜 年 ⽉ |
| **その他仕事をする上で配慮してもら****いたい事項** |  |
| **主な職歴** | **本 市** | 勤務先・業務内容︓勤務期間︓ 年 ⽉ 〜 年 ⽉ |
| **⺠間企業等** | 業務内容︓勤務期間︓ 年 ⽉ 〜 年 ⽉ |

受付者（所属・⽒名）

登 録 者 番 号

中区こども家庭⽀援課