

会計年度任用職員名簿登録申請書【碓氷病院用】

記入上の注意

- 1 黒インク又はボールペンで正確に記入してください。
- 2 該当するものを○で囲んでください。
- 3 数字は、算用数字を使用してください。
- 4 記載事項に不正があると、任用される資格を失うことがありますので、特に注意してください。

写 真 欄

申込日前

3ヶ月以内に撮影した

無帽、正面、上半身の

写真を貼付

(縦4cm×横3cm)

写真が無いと登録できません

申込日	令和 年 月 日		
ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏 名			(満 歳)
住 所	〒 ー 電話番号 ()		
連絡先	住所と異なる場所へ連絡してもらいたい場合、記載してください。 〒 ー 電話番号 ()		

◎中学校卒業後の学歴についてご記入ください。

学 歴	学 校 名	学 部 ・ 学 科 等	在学期間	年 数	区 分
			自 年 月 至 年 月	年 月	中退・卒業 卒業見込み
			自 年 月 至 年 月	年 月	中退・卒業 卒業見込み
			自 年 月 至 年 月	年 月	中退・卒業 卒業見込み
			自 年 月 至 年 月	年 月	中退・卒業 卒業見込み
			自 年 月 至 年 月	年 月	中退・卒業 卒業見込み
職 歴	勤務先	職務内容	在職期間	年 数	
			自 年 月 至 年 月	年 月	
			自 年 月 至 年 月	年 月	
			自 年 月 至 年 月	年 月	
			自 年 月 至 年 月	年 月	
			自 年 月 至 年 月	年 月	

資 格 ・ 免 許	資格免許等の名称	取得年月日	資格免許等の名称	取得年月日
		年 月		年 月
		年 月		年 月
		年 月		年 月
		年 月		年 月
		年 月		年 月

※資格免許が必要な職種の申請は資格免許証の写しを添付してください。
※記入欄が不足している場合は続紙で対応してください。（任意書式）

申請する 職種	1 受付業務 2 医局雑務 3 臨床検査技師 4 臨床工学技士 5 理学療法士 6 看護師 7 准看護師 8 介護支援専門員 9 看護補助 10 准看護学生 11 薬剤師 12 視能訓練士 13 歯科衛生士 14 医師事務作業補助 申請する職種（ ） ※申請する職種の番号をお書きください。
希望 任用期間	1 6月以上 2 2月以上6月未満 3 2月未満 4 希望期間なし
希望 勤務時間	1 週35時間 2 週30時間以上35時間未満 3 週30時間未満
希望 勤務日数	1 週5日 2 週4日 3 週3日 4 週2日以下
社会保険 加入の可否	1 可 2 不可（健康保険被扶養者範囲内での勤務を希望）
その他 （自由記述）	その他希望の勤務条件等ございましたら自由に記入してください。

※登録した方が全て任用される制度ではございません。

勤務条件が合わない場合や欠員が生じない場合などは登録期間中に連絡がないこともあります。

※名簿の有効期限は登録の属する年度を含めた3年度です。

登録期間満了後、登録を希望される場合は改めて申請書をご提出ください。

※申請書の提出後に、名簿登録の取り消しや記入内容の変更がある場合はご連絡ください。

※申請書は名簿登録に使用し、会計年度任用職員を必要とする担当部署が必要に応じて閲覧いたしますが、他の目的には使用しません。

※提出された申請書は返却いたしませんのでご了承ください。