

## 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	
		〒 -							最寄駅
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・父子自立支援員、女性相談支援員、家庭支援専門相談員								
	<input type="checkbox"/> 夜間指導員 <input type="checkbox"/> その他の臨時的任用職員・会計年度任用職員								
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 2 9 時間)							
	<input type="checkbox"/> 会計年度任用職員	(週 3 日以内 週 2 0 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>令和 年 月 日</p> <p>氏名 (自署)</p>									