

真庭市国民健康保険湯原温泉病院
会計年度任用職員登録者カード

令和6年度用

- 記入にあたっては、黒インク又は黒ボールペンで記入し、□の中には該当するものにレ印をつけてください。
- 数字は、すべて算用数字を用い、すべての欄にもれなく記入してください。
- 記入事項に不正があると、登録資格を失うことがあります。
- この登録は、採用を約束するものではありません。業務の内容に応じて採用されることとなりますが、採用されない場合もありますのでご了承の上、申請してください。
- 登録者カードの有効期限は、2025年3月31日までです。

※整理番号

申請年月日

年 月 日

写真 写真は申し込み前6ヶ月以内に帽子を付けないで上半身正面向きを撮った縦4.5cm、横3.5cmのもので、本人と確認できるものをここに貼り付けてください。(証明用の写真でなくても可)	氏名 ふりがな	生年月日・年齢 年 月 日生 歳
	住所 (〒 -) ・TEL () ・携帯電話 ()	
	連絡先 ※通知等送付先が違う場合のみ記入 (〒 -)	

勤務希望の部署または場所 第一希望 () 第二希望 ()	希望業務 (登録を希望する業務の□に「レ」を記入してください。複数回答可)	
希望勤務形態 (複数回答可)	資格要件なし	資格要件あり
① <input type="checkbox"/> 平日のみ <input type="checkbox"/> 休日のみ <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> その他 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 調理員 (給食) <input type="checkbox"/> 事務員 (パソコン操作・受付等) <input type="checkbox"/> 施設管理員 <input type="checkbox"/> その他 (詳細 :)	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> その他 (詳細 :)
② <input type="checkbox"/> 週30時間以上 <input type="checkbox"/> 週20時間以上で30時間未満 <input type="checkbox"/> 週20時間未満 <input type="checkbox"/> いずれでも良い		
身体等の事情で工作上配慮が必要な方は任意で記入 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		

職歴等 (今までに就職したことがあれば新しいものから書いてください。パート・自営含む。)			
勤務先	所在地	期間	職務内容
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	

志望の動機	特技及び資格・免許 (検定、資格免許、その他特殊な技能を有する方は、その名称を記入してください。取得見込の場合はその旨を記載してください。)	
	【資格・免許】	【資格・免許】
	その他特殊な技能	