

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8年度用

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 登録者カードの有効期限は、2027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 () 希望勤務形態 (複数回答可) ① ☐ 平日のみ ☐ 休日のみ ☐ いつでも良い ☐ その他 (: ~ :) ② ☐ 週 3 0 時間以上 ☐ 週 2 0 時間以上で 3 0 時間未満 ☐ 週 2 0 時間未満 ☐ 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 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳	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) <table><tr><td>資格要件なし</td><td>資格要件あり</td></tr><tr><td>☐ 看護補助者</td><td>☐ 看護師</td></tr><tr><td>☐ 看護補助者 (デイケア)</td><td>☐ 放射線技師</td></tr><tr><td>☐ 事務員 (パソコン操作・受付等)</td><td>☐ その他 (詳細:)</td></tr><tr><td>☐ 施設管理員</td><td></td></tr><tr><td>☐ その他</td><td></td></tr></table>	資格要件なし	資格要件あり	☐ 看護補助者	☐ 看護師	☐ 看護補助者 (デイケア)	☐ 放射線技師	☐ 事務員 (パソコン操作・受付等)	☐ その他 (詳細:)	☐ 施設管理員		☐ その他	
資格要件なし	資格要件あり												
☐ 看護補助者	☐ 看護師												
☐ 看護補助者 (デイケア)	☐ 放射線技師												
☐ 事務員 (パソコン操作・受付等)	☐ その他 (詳細:)												
☐ 施設管理員													
☐ その他													

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	