

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【障がい】

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

<b>写 真</b>  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)	<b>氏 名</b>	<b>生年月日・年齢</b>
	ふりがな	年 月 日生 歳
	住所 (〒 - )	
	・ TEL ( ) ・ 携帯電話 ( )	
	<b>連絡先</b> ※通知等送付先が違う場合のみ記入 (〒 - )	

<b>勤務希望の部署または場所</b>	<b>希望業務</b> (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)	
第一希望 ( ) 第二希望 ( )	<b>資格要件なし</b>	<b>資格要件あり</b>
<b>希望勤務形態</b> (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 看護補助者 <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"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他 (詳細 : )
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 ( : ~ : )		
② <input type="checkbox"/> 週 3 0 時間以上 <input type="checkbox"/> 週 2 0 時間以上で 3 0 時間未満 <input type="checkbox"/> 週 2 0 時間未満 <input type="checkbox"/> いずれでも良い		
<b>身体等の事情で工作上配慮が必要な方は任意で記入</b>		
<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		

<b>職歴等</b> (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。)			
<b>勤 務 先</b>	<b>所 在 地</b>	<b>期 間</b>	<b>職 務 内 容</b>
		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	

<b>志望の動機</b>	<b>特技及び資格・免許</b> (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。)	
	<b>【資格・免許】</b>	<b>【資格・免許】</b>
	<b>その他特殊な技能</b>	