

令和3年度 会計年度任用職員（短期勤務）登録申込書（病院）

（登録有効期限：令和4年3月31日まで）

写真貼付 上半身・無帽 最近3月以内 縦 4.0 cm 横 3.0 cm	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生 (提出日現在満 歳)
	現住所	〒	電話番号	(自宅) (携帯)
	市立病院までの交通手段（予定）	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> バス（最寄りバス停： ） <input type="checkbox"/> 電車（最寄り駅： ）		

職種(該当に✓印) (職務内容・勤務条件等は試験案内参照) 申込先：病院総務課		
(複数可) 共通	勤務可能時間数／日	<input type="checkbox"/> 7.75時間以内 <input type="checkbox"/> 7時間 <input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> 5時間 <input type="checkbox"/> 4.5時間 <input type="checkbox"/> 4時間
	希望勤務日／週	<input type="checkbox"/> 5日間 <input type="checkbox"/> 4日間 <input type="checkbox"/> 3日間 <input type="checkbox"/> 2日間 <input type="checkbox"/> 1日間
	勤務可能曜日	<input type="checkbox"/> 月～金曜日可能 <input type="checkbox"/> 土・日・祝日の勤務も可能 <input type="checkbox"/> 勤務できない曜日あり(具体的に記入)
(1) 希望職種に✓を記載してください。(複数可) (2) 希望職種の右側に記載されている時間帯の中から、勤務可能な時間帯に✓又はその他に✓の上、具体的な勤務可能時間帯を記載してください。(複数可) ※可能な勤務時間の中から所属長がシフトを作成します。		
<input type="checkbox"/> 1.事務員 A <input type="checkbox"/> 2.事務員 B <input type="checkbox"/> 3.診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 6.リハビリテーション科補助	<input type="checkbox"/> 8:30～17:00 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 4.給食調理員	<input type="checkbox"/> 6:30～21:00 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 5.看護補助員	<input type="checkbox"/> 7:30～19:00 <input type="checkbox"/> 16:00～翌9:00 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 7.栄養士	<input type="checkbox"/> 7:15～18:30 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 8.臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 8:00～17:00 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 9.臨床心理士	<input type="checkbox"/> 9:30～17:00 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 10.視能訓練士	<input type="checkbox"/> 8:30～12:30 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 11.歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 13:00～17:00 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/> 12.細胞検査士 <input type="checkbox"/> 13.薬剤師 <input type="checkbox"/> 14.准看護師 <input type="checkbox"/> 15.看護師又は助産師	<input type="checkbox"/> 8:30～17:00 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)	

(裏面に続く)

学歴	期間	学校名・学部学科等	修学区分
	年 月から 年 月まで		卒業・()
	年 月から 年 月まで		卒業・()
職歴	期間	名称・職種等	退職理由
	年 月から 年 月まで		
	年 月から 年 月まで		
資格 免許	(年取得)	(年取得)	
	(年取得)	(年取得)	
OA機器 入力・操作	▼アプリケーション（ソフト）の操作について（該当するもの全てにチェック） <input type="checkbox"/> 表計算ソフトの操作が可能 <input type="checkbox"/> データベースソフトの操作が可能 <input type="checkbox"/> ワードプロソフトの操作が可能 <input type="checkbox"/> 入力のみ可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ▼キーボード操作（いずれか1つにチェック） <input type="checkbox"/> タッチタイピングが可能 <input type="checkbox"/> キーボードを見ながらであればスムーズに入力可能 <input type="checkbox"/> キーボードを見ながらでも入力に時間がかかる		
自己PR			
この申込書の記載事項に相違ありません。			
年 月 日 本人氏名（自署）			
備考（事務局使用欄）			