

写真貼付

臨時職員登録申込書

縦4,0cm

横3,5cm

※太線枠内のみ記入してください。

登録職種 (保健師 ・ 看護師 ・ 助産師) 補助員		登録番号	
ふりがな 氏名		年 月 日生 (提出日現在満歳)	
〒		電話	
勤務可能期間	<input type="checkbox"/> 通年勤務可能 <input type="checkbox"/> 勤務できない期間有り(具体的に記入)		
勤務可能曜日	<input type="checkbox"/> 月～金曜日可能 <input type="checkbox"/> 土・日・祭日の勤務も可能 <input type="checkbox"/> 勤務できない曜日あり(具体的に記入)		
週勤務可能日数	<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		
勤務可能時間	<input type="checkbox"/> 8:30～17:15 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)		
OA機器 入力・操作	<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 <input type="checkbox"/> その他()		
学歴	昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> その他()	
	昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> その他()	
	昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> その他()	
職歴	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
資格 免許	(年に取得)	(年に取得)	
	(年に取得)	(年に取得)	
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他()		
備考			