**【R７年度】磯子区福祉保健課会計年度任用職員**

**歯科衛生士**

**（歯科衛生士）登録用紙**

申込日：令和　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **登録区分** | | 初期登録　　　・　　　変更登録 | |
|  | |  | **生年月日** |
| （男・女） | Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生（　　歳） |
| **住所**  **最寄り駅** | | 〒  最寄り駅（　　　　　　　　線　　　　　　　　　　駅） | |
| **連絡先** | **電話・FAX** | 電話：　　　　　　　　　　　　　FAX： | |
| **Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  | |
| **資格** | **資格名** | 歯科衛生士 | |
| **希望する勤務条件** | **職　種** | 健康づくり関係業務 歯科衛生士 | |
| **勤務日時** | ◆勤務が可能な曜日に○をして勤務可能時間帯をご記入ください。  ①　月曜日　（　　：　　～　　：　　）  ②　火曜日　（　　：　　～　　：　　）  ③　水曜日　（　　：　　～　　：　　）  ④　木曜日　（　　：　　～　　：　　）  ⑤　金曜日　（　　：　　～　　：　　） | |
| **勤務期間** | □通年（～令和７年3月）  □　　　年　　月　　　～　　　年　　月 | |
| **その他仕事をするうえで**  **配慮を希望する事項** | |  | |

登録者番号

受付者（所属・氏名）

　磯子区福祉保健課