**【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