**鳥取県育児休業等任期付職員登録申込書**

（顔 写 真）

・縦４㎝×横３㎝

・６か月以内に撮影した

もの

・申込み時に貼り付ける

こと

私は、鳥取県育児休業等任期付職員に登録したいので申し込みます。

なお、私は募集案内に掲げてある登録資格を全て満たしており、この申込書の

記載事項は事実に相違ありません。

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職種 |
| 氏名（自署） |  | □ 保健師 | □ 精神保健福祉士 |
| □ 保育士 | □ 看護師 |
| □ 薬剤師 | □ 獣医師 |
| □ 言語聴覚士 | □ 理学療法士 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | □ 作業療法士 | □ 管理栄養士 |
| □ 講師（看護職員） | □ 歯科衛生士 |
| 勤務希望地 | □　東部地区　　　　　□　中部地区　　　　　□　西部地区　　　（複数選択可） |
| ふりがな |  |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話(自宅)　　　　　　　　　(携帯) |
| ふりがな |  |
| 緊急連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話(自宅)　　　　　　　　 (携帯) |
| 最終学歴 | 学校名 | 学部・学科・専攻名 | 在学期間 | 修学区分 |
|  |  | 年　　　月～年　　　月 | 卒業(修了)卒業(修了)見込在学（　　　学年） |
| 資格・免許等 | 名称 | 取得年月日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |

裏面に続く

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経歴 | 勤務(活動)先の名称 | 部署・役職名 | 在職(活動)期間 |
|  |  | 年　　　月～年　　　月 |
|  |  | 年　　　月～年　　　月 |
|  |  | 年　　　月～年　　　月 |
|  |  | 年　　　月～年　　　月 |
|  |  | 年　　　月～年　　　月 |
|  |  | 年　　　月～年　　　月 |

**【申込書記載要領】**

１　申込書は、下記の事項をよく読み、間違いのないよう、正確に記入してください。

２　黒又は青のボールペン・万年筆を用い、楷書で記入してください。

３　該当する□の中にはレ印をしてください。

４　訂正がある場合は、もとの文字又は数字に横線を２本引き、その下に書き直してください。

５　枠の中に書ききれない場合は、余白に記入してください。

６　不備があった場合は受理できません。また、記載事項に不正があった場合は、採用される資格を失うことがあります。

**各項目の記載要領**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・ふりがな | 氏名は楷書で記入し、ふりがなはひらがなで記入してください。 |
| 職種 | 保健師、精神保健福祉士、保育士、看護師、薬剤師、獣医師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、講師（看護職員）又は歯科衛生士のいずれかを選択し、□の中にレ印をつけてください。 |
| 勤務希望地 | 勤務を希望する地区に□の中にレ印をつけてください（複数選択可）。 |
| 現住所・電話 | 現住所は、棟、号室まで、できるだけ詳しく、正確に記入してください。この住所に各種通知を送ります。なお、転居予定がある場合は、その旨を余白に記入し、宛先を明示してください。電話は、連絡をとるのに都合の良い番号を記入してください。携帯電話をお持ちの方は、その番号も記入してください。 |
| 緊急連絡先・電話 | ご家族の住所など、緊急時の連絡先を記入してください。 |
| 最終学歴 | 最終学歴を記入してください。 |
| 資格・免許等 | 職種に係る資格・免許等の取得は必ず記入してください。 |
| 経歴 | 職歴・活動歴は全てについて期間に漏れがないように記入してください。無職の場合は、「無職」とし、その期間を記入してください。 |