**【R７年度】金沢区こども家庭支援課会計年度任用職員**

**（乳幼児健診等専門職スタッフ・日額職）登録用紙**看護職・栄養士・歯科衛生士

申込日：　　　　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** | ◆該当するもの全てに○をしてください1. 看護師　　②助産師　　③保健師　　④栄養士　　⑤歯科衛生士
 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　**希望する勤務条件**　◆該当する項目に☑してください。(複数可) |
| 職種 | 勤務日 |
| □乳幼児健康診査看護職スタッフ　　 | □第２火曜日　12：15-16：15　（4か月児）□第４火曜日　12：15-16：15　（4か月児）□第１火曜日　12：15-16：15　（１歳6か月児）□第3火曜日　12：15-16：15　（１歳6か月児）□第２水曜日　12：15-16：15　（３歳児）□第4水曜日　12：15-16：15　（３歳児）※詳細の日程や業務内容は別紙参照　(祝日や連休の関係で日程を変更している場合もあります)。*※採用予定者の中でローテーションを組むため、出勤日は選択していただいた項目の中で調整させていただきます*（月に数回程度）。 |
| □乳幼児健康診査（経過健診）看護職スタッフ　 | 第2金曜日　13:00-17:00※業務内容は別紙参照　(祝日や連休の関係で日程を変更している場合もあります)。 |
| □母子保健事業（相談業務）　看護職スタッフ | 希望勤務数（複数回答可） | 希望曜日 |
| □週５回（9:00-17:00）□週4回（9:00-17:00）□週3回（9:00-17:00）□週2回（9:00-17:00）□週1回（9:00-17:00） | □月曜日　　□火曜日　　□水曜日□木曜日　　□金曜日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □母子保健事業（事業支援・訪問）　看護職スタッフ | 希望勤務数（複数回答可） | 希望曜日 |
| □週3回（9:00-17:00）□週2回（9:00-17:00）□週1回（9:00-17:00） | □月曜日　　□火曜日　　□水曜日□木曜日　　□金曜日 |
| □乳幼児健康診査栄養士スタッフ　　 | □第２火曜日　12：30-16：30　（4か月児）□第４火曜日　12：30-16：30　（4か月児）□第１火曜日　12：30-16：30　（１歳6か月児）□第3火曜日　12：30-16：30　（１歳6か月児）□第２水曜日　12：30-16：30　（３歳児）□第4水曜日　12：30-16：30　（３歳児）※１日あたり４時間です。詳細の日程や業務内容は別紙参照(祝日や連休の関係で日程を変更している場合もあります)。*※採用予定者の中でローテーションを組むため、出勤日は選択していただいた項目の中で調整させていただきます。* |
| □乳幼児健康診査歯科衛生士スタッフ　　 | □月曜日　8:45-12:45　　　　　 □木曜日　8:45-12:45□月曜日　12:00-16:00　　　　　□木曜日　12:00-16:00□月曜日　8:45-16:00　　　　　 □木曜日　8:45-16:00□火曜日　8:45-12:45　　　　　 □金曜日　8:45-12:45□火曜日　12:00-16:00 □金曜日　12:00-16:00□火曜日　8:45-16:00　　　　　 □金曜日　8:45-16:00□水曜日　8:45-12:45□水曜日　12:00-16:00□水曜日　8:45-16:00※１日あたり４時間または６時間15分です。*※採用予定者の中でローテーションを組むため、出勤日は選択していただいた項目の中で調整させていただきます*（月に数回程度）。 |
| **希望期間** | 年　　月　　　～　　　年　　月 |
| **その他仕事****をする上で****配慮してもらいたい事項** |  |
| **主な職歴** | **本市** | 勤務先・業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　　月　　　　 |
| **民間企業等** | 業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　　月　　　　　  |

登録者番号

受付者（所属・氏名）

　金沢区こども家庭支援課