**【Ｒ７年度】西区会計年度任用職員（こども家庭支援課　乳幼児健康診査・母子保健業務スタッフ）**

**登録用紙**

看護職・栄養士・歯科衛生士　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **登録区分** | | 初期登録　　　・　　　変更登録 | | |
|  | |  | | **生年月日** |
|  | | 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** | | ◆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 | | 勤務日程 | | |
| * 乳幼児健康診査   看護職スタッフ  ※業務内容については、  「登録募集職種一覧」を  ご参照ください。 | | □４ヶ月児健診　　　木曜日　8:45～12:45（4時間）  □１歳６ヶ月児健診　火曜日　8:45～12:45（4時間）  □３歳児健診　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）  □経過健診　　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）  ※詳しい日程を「令和７年度　西区乳幼児健診　看護職スタッフ　勤務日希望票」でご確認の上、当登録用紙とともに提出してください。  ※複数の採用予定者でローテーションを組むため、出勤日は選択いただいた項目の範囲で調整させていただきます。 | | |
| * 乳幼児健康診査 栄養士スタッフ   ※業務内容については、  「登録募集職種一覧」を ご参照ください。 | | □４ヶ月児健診　　　木曜日　8:45～12:45（4時間）  □１歳６ヶ月児健診　火曜日　8:45～12:45（4時間）  □３歳児健診　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）  ※詳しい日程を「令和７年度　西区乳幼児健診　栄養士スタッフ　勤務日希望票」でご確認の上、当登録用紙とともに提出してください。  ※複数の採用予定者でローテーションを組むため、出勤日は選択いただいた項目の範囲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  ※業務内容については、  「登録募集職種一覧」を  ご参照ください。 | | □４ヶ月児健診　　　　　　　木曜日　8:45～12:45（4時間）  □１歳６ヶ月児健診Ａ　　　　火曜日　8:45～12:45（4時間）  □１歳６ヶ月児健診Ｂ　　　　火曜日　8:45～16:00（6時間15分）  □３歳児健診　　　　　　　　木曜日　12:30～16:30（4時間）  □３歳児健診・経過歯科健診　木曜日　8:45～16:00（6時間15分）  □乳幼児・妊産婦歯科相談　　不定期　8:45～16:00（6時間15分）  １歳６ヶ月児歯科事後指導教室  □乳幼児・妊産婦歯科相談　　不定期　8:45～12:45（4時間）  　　　　　　　　　　　　　又は　　12:30～16:30（4時間）  □１歳６ヶ月児歯科事後指導教室 不定期8：45～12：45（4時間）  □経過歯科健診　　　　　　　不定期　8:45～12:45（4時間）  　　　　　　　　　　　　　　又は　　12:30～16:30（4時間）  ※詳しい日程を「令和７年度　西区乳幼児健診　歯科衛生士スタッフ　勤務日希望票」でご確認の上、当登録用紙とともに提出してください。  ※複数の採用予定者でローテーションを組むため、出勤日は選択いただいた項目の範囲で調整させていただきます。 | | |
|  | | 裏面あり | | |
| 職種 | | 勤務日程等 | | |
| * 母子保健事業   看護職スタッフ | | 希望勤務数 | いずれかに☑し、（　　）内に日数を記入）  □　週　（　　　～　　　）日  □　月　（　　　～　　　）日 | |
| 勤務時間帯 | * 8:45～17:15（7時間30分） * 8:45～15:00（5時間15分） * 8:45～12:00（3時間15分） * 13:00～17:15（4時間15分） | |
| 曜日 | □月　　□火　　□水　　□木　　□金 | |

**その他**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **その他仕事をする上で**  **配慮を希望する事項** | | | （例：・4か月健診の従事を希望しますが、●月●日は勤務できません。  ・年間を通して、○日以上（以下）の勤務を希望します。　　　等） |
| **希望する勤務期間** | | | □通年（～令和８年３月）  □　　　年　　　月　～　　　年　　　月 |
| **主な職歴** | **本市** | 勤務先・業務内容：  勤務期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　　月 | |
| 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 | |
| 業務内容：  勤務期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　　月 | |

受付者（所属・氏名）

　西区こども家庭支援課

受付日

　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

登録者番号