

吹田市

会計年度任用職員(医療的ケア看護師)登録票(令和8年度)

(太枠内を本人が記入してください。)

令和 年 月 日

| | | | | |
|-------------------|----------|--------|----------|---|
| フリガナ | | | | 写真 ●3か月以内に撮影し、正面向きのもので、本人が確認できるもの(4.0cm×3.0cm) |
| 本人氏名 | | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年(　　年) | 月　　日 | |
| フリガナ | | | | 自宅TEL(　　) - |
| 現住所 | 〒 | | | |
| eメールアドレス | | | | 携帯TEL(　　) - |
| 通勤手段 (第1希望の学校) | | 通勤時間 | 約　　時間　　分 | |

学歴(最終学歴が中学校の場合は中学校から記入し、高校・短大・大学の場合は高校入学から記入してください。)

| 学校名 | 学部・課程名 | 在学期間 |
|-----|--------|-----------|
| | | 年　月　入学 |
| | | 年　月　卒業・中退 |
| | | 年　月　入学 |
| | | 年　月　卒業・中退 |
| | | 年　月　入学 |
| | | 年　月　卒業・中退 |
| | | 年　月　入学 |
| | | 年　月　卒業・中退 |

職歴(最新のものから順に5箇所まで)

| 在職期間 | 勤務先 | 職務内容(具体的に) |
|--------------|-----|------------|
| 年　月　日～　年　月　日 | | |
| 年　月　日～　年　月　日 | | |
| 年　月　日～　年　月　日 | | |
| 年　月　日～　年　月　日 | | |
| 年　月　日～　年　月　日 | | |

免許・資格

| 取得年月 | 免許・資格名 |
|------|--------|
| 年　月 | |
| 年　月 | |
| 年　月 | |

裏面もご記入ください。

志望動機

自己PR

希望する勤務条件(該当する□にチェックを入れてください。)※希望にそえない場合もあります。

①勤務開始可能日(原則は令和8年4月1日)

令和8年4月1日から 月 日から

②希望勤務地 (第1希望～第3希望の小学校、特に希望がなければ空白)

第1希望(小学校)、第2希望(小学校)、第3希望(小学校)

③希望勤務地 (第1希望～第3希望の中学校、特に希望がなければ空白)

第1希望(中学校)、第2希望(中学校)、第3希望(中学校)

④その他希望欄

【アンケート】会計年度任用職員の登録についてどのような方法でお知りになりましたか？

市報すいた 吹田市のホームページ 知人から その他()

(注意事項)

1. 本人が記入してください。
2. この登録票は令和9年3月31日まで有効です。
3. 登録票は返却しかねますので、御了承ください。
4. 登録票の記載事項に不備がある場合は、受付できないことがあります。
5. 登録票は必要に応じて会計年度任用職員を必要とする所属に開示する場合があります。
6. 任用の前に、面接を実施する場合があります。
7. 面接及び任用に関する連絡は、担当者から本人へ行います。
8. 御登録いただいたても連絡がない場合もありますので、御了承ください。
9. 登録内容に変更が生じた場合(転居等)は、学校教育室へ連絡をお願いします。
10. 他の企業等での就職等により、登録の抹消を希望する場合は、学校教育室へ連絡をお願いします。
11. 登録票に虚偽の内容を記載した場合は、任用を取消すことがあります。