

会計年度任用職員(看護師)登録票

(太枠内を本人が自署してください。)

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 (満 歳)	
フリガナ				自宅TEL() -
現住所	〒			携帯TEL() -
通勤手段		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
		令・平・昭 年 月 入学 令・平・昭 年 月 卒業・中退
		令・平・昭 年 月 入学 令・平・昭 年 月 卒業・中退
		令・平・昭 年 月 入学 令・平・昭 年 月 卒業・中退
		令・平・昭 年 月 入学 令・平・昭 年 月 卒業・中退

職歴(最新のものから順に3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		

免許・資格

取得年月	免許・資格名
年 月	
年 月	
年 月	

志望動機

(注意事項)

1. 本人が自署してください。
2. 登録票は返却しかねますので、ご了承ください。
3. 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。
4. 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。
5. 任用の前に、面接を実施する場合があります。
6. 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。
7. ご登録いただいても連絡がない場合もありますので、ご了承ください。
8. 登録内容に変更が生じた場合(転居等)は、子育て政策室へ連絡をお願いします。
9. 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、子育て政策室へ連絡をお願いします。
10. 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。
11. この登録票は令和8年3月31日まで有効です。