富士市会計年度任用職員登録票

写真 上半身 脱帽 縦4cm×横3cm	住所	（〒　　－　　）	
	ふりがな 氏名		生年月日 S・H　年　月　日
	連絡先	－　　－ 日中つながりやすい番号を記載してください。	障害の有無（　有・無　）

障害の程度 （有りの方のみ）	内容	身体・精神・療育 （　　）	程度	（級）	配慮が必要なことがあれば記入

	学校名（学部・学科）	所在地（市町名）	卒業（見込）年月	資格免許の名称	取得年月
学歴			年　月	資格免許	年　月
			年　月		年　月
			年　月		年　月
			年　月		年　月

	勤務先名称	所在地（市町名）	在職期間	業務内容	退職理由
職歴			自　年　月 至　年　月		
			自　年　月 至　年　月		
			自　年　月 至　年　月		
			自　年　月 至　年　月		

※記入欄が足りない場合は、別で添付してください。

希望職種 複数可	看護補助者（外来）　看護補助者（病棟）　医師事務補助員

勤務条件	勤務可能な時間	時　分～　時　分	短期間の勤務（１年未満）	可能　・　不可能
	週５日勤務	可能　・　不可能	希望条件に合う業務でない場合	案内可　・　案内不要
	土日祝日勤務	可能　・　不可能		

PC	PCスキル	word	可・簡易入力のみ・不可	excel	可・簡易入力のみ・不可

その他	志望動機を記入してください。
	あなたがこれまでに培ってきた経験や知識などで病院の業務に活かせると思うことを記入してください。