

様式

栃木県産休・育休代替職員等登録申込書

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒				
	電話 ()		携帯電話 ()		
連絡先	(現住所と異なる場合のみ記入) 〒				
	電話 ()		携帯電話 ()		
メールアドレス					
職種 □にチェック(レ)してください	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 心理				
希望する勤務地 (複数希望可) □にチェック(レ)してください	<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 県央地区(宇都宮市) <input type="checkbox"/> 県西地区(鹿沼市、日光市) <input type="checkbox"/> 県東地区(真岡市、那須烏山市) <input type="checkbox"/> 県南地区(小山市、栃木市) <input type="checkbox"/> 県北地区(大田原市、那須塩原市) <input type="checkbox"/> 安足地区(足利市)				
免許・資格 取得又は所得見込の 免許資格を記入して ください	名称	取得(見込)年月日		交付(認定)機関	
		年 月 日			
		年 月 日			
<p>私は、産休・育休代替職員等の登録を行いたいので、別紙履歴書を添えて申し込みます。 また、私は応募資格をすべて満たしており、この申込書及び別紙履歴書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (自署)</p>					