

様式第1号（第4条、第5条関係）

パートタイム会計年度任用職員登録申込書

写真
 ・本人単身胸から上
 ・脱帽・無背景・正面向
 ・3か月以内に撮影したもの
 ・縦4cm × 横3cm

登録番号（ ）
 登録期間（ 年 月 日から2年間）

氏名	氏 (ふりがな)	年 月 日生 (満 歳)
	名	
住所	住 (ふりがな)	電話番号 ()
	所	

学歴	学 校 名	在 学 期 間	区 分 (○で囲む)
		年 月 から 年 月 まで	卒業・修了・中退
		年 月 から 年 月 まで	卒業・修了・中退
		年 月 から 年 月 まで	卒業・修了・中退

職歴	勤 務 先 (春日部市立医療センター以外)	在 職 期 間
		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで
	勤 務 先 (春日部市立医療センター)	在 職 期 間
		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで
		年 月 から 年 月 まで

資格	取 得 年 月	資 格・免 許 名	取 得 年 月	資 格・免 許 名
	年 月		年 月	
	年 月		年 月	

希望勤務時間
 特に希望する勤務日数又は勤務時間等があれば記入してください。
希望職種を記入して下さい。:

パソコンの操作	<input type="checkbox"/> できる(<input type="checkbox"/> ワード <input type="checkbox"/> エクセル)
	<input type="checkbox"/> できない
土・日曜日の勤務	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能

以上のとおりパートタイム会計年度任用職員の登録を申し込みます。

年 月 日

春日部市病院事業管理者 あて

住 所

氏 名 印

- ・虚偽の申請をした場合の受付は無効となります。
- ・不備があった場合は再度書類を提出していただくことがあります。なお、再提出がない場合は登録を取り消します。
- ・採用は欠員等に応じて行いますので採用を約束するものではありません。
- ・登録を辞退する場合や申込内容に変更が生じた場合はご連絡ください。
- ・学歴については、高等学校以降について記入してください。