

医療的ケア支援員希望調書（兼登録書）

| | |
|-------|-------|
| 受付NO. | 受付日 |
| | 年 月 日 |

| | | | | |
|----------------------------|------------------|--------------------------|--|--|
| ふりがな 氏 名 | | | | 写真 縦36mm～40mm、 横24mm～31mm 程度で、上半身脱帽 正面のものを貼り付け てください。 |
| 生年月日 □昭和□平成 年 月 日生（満 歳） | | | □ 男 □ 女 | |
| ふりがな 現住所 千 | | 自宅番号 携帯番号 | | |
| 学 歴 | 学 校 名 | 学 部 学 科 名 | 在 学 期 間 | 就学区分 |
| | 最終前 | | 昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで | □ 卒業 □ 中退 |
| | 最 終 | | 昭・平・令 年 月 から 昭・平・令 年 月 まで | □ 卒業（見込みを含む） □ 中退 |
| | | | | |
| 職 歴 | 勤 務 先 | 勤 務 期 間 | | 勤 務 内 容 |
| | | 昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月 まで | | |
| | | 昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月 まで | | |
| | | 昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月 まで | | |
| 免 許 ・ 資 格 | 取 得 年 月 日 | | 名 称 | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| 通 勤 手 段 | ●通勤可能な交通手段 | | ●勤務可能な地域 | |
| | □公共交通機関（□バス・□電車） | | 希望地域 | |
| | □自家用車 □バイク | | □下関市内全域 □旧下関市内 □菊川町内 □豊田町内 □豊北町内 □豊浦町内 | |
| 応 募 動 機 | ※この欄は必ず記入してください。 | | | |

注意事項 1 写真は必ず貼り付けしてください。 2 □印の所は該当するものに印(レ点)をつけてください。

(注意事項)

- 次の各号の一に該当する場合は、申請できません。
 - 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
 - 市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
 - 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者
 - 業務の性質上資格・免許を要する場合においては、当該資格・免許を有しない者又は有しなくなった者
- ※このいずれかに該当することが判明した場合、本人から取消しの申し出があった場合は、登録を取り消します。また、登録の内容に偽りがあった場合は、登録を取り消すことがあります。
- 登録の注意点
 - この登録は採用を保証するものではありません。
 - 登録した旨の通知等はいたしません。
 - 提出いただいた申請書の返却はいたしません。
 - 登録の有効期間は、登録した日の翌年度末(3月31日)までです。