|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 受付 | 整理番号 |
| 令和　年　月　日 | 郵送・持参 |  |

屋久島町保健事業専門員（会計年度任用職員）募集申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 印 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日　満　　　　歳 |
| 現住所 | 〒  自宅電話（　　　　）―（　　　　）―（　　　　　）  携帯電話（　　　　）―（　　　　）―（　　　　　） |
| 募集区分 | 保健事業専門員（特例適用） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年号 | 年 | 月 | 学歴・職歴（屋久島町雇用履歴もご記入ください。） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年号 | 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※有する資格及び運転免許証の写しを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人希望欄 | |
| 勤務できる場所  ＊該当する箇所にチェックをしてください。 | □宮之浦保健センター  □本庁舎（小瀬田）  □安房出張所  □尾之間出張所および尾之間保健センター  □上記全ての場所で可能 |
| 希望する業務  内容  ＊該当する箇所にチェックをしてください。 | □各種母子保健事業および子育て支援事業での補助業務  □各種母子保健事業および子育て支援事業での保健指導業務  □こころの相談業務 |
| 勤務できる時期  ＊該当する箇所にチェックをしてください。 | □４月　□５月　□６月　□７月　□８月　□９月　□11月  □11月　□12月　□１月　□２月　□３月  □いつでも可能 |
| 備考 | 勤務するにあたり、考慮すべき事項（健康問題や家族のことなど）があれば記入のこと。 |

|  |  |
| --- | --- |
| パソコン操作  ＊該当する箇所にチェックをしてください。 | □可（Word・Excel・その他（　　　　　））  □入力程度可  □未経験 |

|  |
| --- |
| 私は、屋久島町保健事業専門員（会計年度任用職員）の募集に申込みをしますが、次の各号のどれにも該当しておりません。  （１）当町に住所を有していない者又は、転居予定者でもない者  （２）成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む）  （３）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  （４）屋久島町の職員として懲戒処分の処分を受け、その処分の日から２年を経過していない者  （５）反社会的勢力（暴力団等）の構成員である者又は反社会的勢力と密接な関係がある者  記載事項のとおり、相違ありません。  令和　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　（自署） |