

小金井市健康課 臨時職員雇用申込書【履歴書】

年 月 日					
フリガナ					写真
氏名	住所				
生年月日	年 月 日 (歳)	男・女	自宅電話	携帯電話	

学歴 (高等学校以降)	学校(学部)名		資格 ・ 免許	資格免許		職 歴	勤務先・職種	
		年 月			年 月取得			~
		年 月		年 月取得			~	
		年 月		年 月取得			~	
		年 月		年 月取得			~	
		年 月		年 月取得			~	
		年 月		年 月取得			~	
		年 月		年 月取得			~	

職種	保健師	栄養士	言語聴覚士	勤務 希望日	月 日位
	看護師	心理相談員	臨床検査技師		週 日位
	助産師	保育士	運動指導員		月 火 水 木 金 土
	歯科衛生士	視能訓練士	事務補助員		午前 午後 一日

※資格証明書を添付して下さい。

備考	※従事したい業務等をご記入ください。
----	--------------------

※住所等が変更した場合は、健康課（042-321-1240）までご連絡ください。変更届を提出していただきます。

※仕事の依頼は必要に応じて行いますので、従事できない場合もありますことをご了承ください。