

健康観察業務運営支援員用

応募用紙（※着色部分に記入してください。）

	姓	名
ふりがな	とちぎ	たろう
氏名	栃木	太郎
生年月日	H7.5.20	
住所	栃木県〇〇市〇〇町〇-〇	
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
メールアドレス	〇〇〇@〇〇.〇〇	

資格免許
保健師
助産師
看護師
准看護師

資格免許	保健師
------	-----

取得年月日	平成〇年〇月〇日	登録番号	第〇〇〇〇〇〇号
-------	----------	------	----------

○職歴

※医療に関するものについて、診療科も含めて記入してください。

※職歴の欄が不足する場合は、直近のものから書けるところまで記入してください。

年月	職歴（業務内容）
(例)H25.4~R3.6	〇〇病院〇〇科勤務（病棟勤務）
H28.4~R3.6	〇〇病院〇〇科勤務（病棟勤務）

○希望勤務地について

希望する勤務地に第2希望まで番号を記入してください。

優先順位	勤務地	住所
	県西健康福祉センター	栃木県鹿沼市今宮町1664-1
	県東健康福祉センター	栃木県真岡市荒町116-1
1	県南健康福祉センター	栃木県小山市犬塚3-1-1
	県北健康福祉センター	栃木県大田原市住吉町2-14-9

2	安足健康福祉センター	栃木県足利市真砂町1-1
---	------------	--------------

○勤務可能日について

勤務開始可能日

1週間当たりの勤務可能日数	5日
---------------	----

8月 16日
--------

※勤務可能な曜日、時間帯に○をつけてください。

勤務時間	日	月	火	水	木	金	土
9:00~16:00	○	○	○	○	○	○	○
9:00~12:00							
13:00~16:00							

※勤務可能日等について補足があれば記入してください。

週5日であれば、曜日と時間関係なく勤務可能です。

○志望理由

栃木県の自宅療養者等の支援が少しでも促進されるように協力したいと考えたため。

※資格免許の写しを添付の上、下記アドレス又はFAXでお申し込みください。  
 なお、申込先は公益社団法人栃木県看護協会（Tel.028-625-6141）となります。  
 mail : info@t-kango.or.jp                      FAX番号 : 028-625-8988