**学校看護師（非常勤）　登録申込書**

令和　　年　　月　　日

　特別支援教育課長　様

フリガナ

氏　　名

生年月日

次のとおり、県立特別支援学校の学校看護師として登録を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 住　　　　所（自宅、勤務先） | 〒 |
| 電話（携帯） |  |
| 看護師経験 | ① | 勤　　務　　先勤　務　期　間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ② | 勤　　務　　先勤　務　期　間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ③ | 勤　　務　　先勤　務　期　間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 勤務可能地域※（　）に○をご記入願います。 | のざわ特別支援学校 （　　）　わかくさ特別支援学校 （　　）富屋特別支援学校　 （　　）　富屋鹿沼分校　　　　 （　　）岡本特別支援学校　 （　　）　国分寺特別支援学校　 （　　）栃木特別支援学校　 （　　）　足利特別支援学校 （　　）足利中央特別支援学校 （　　） 益子特別支援学校 （　　）那須特別支援学校 （　　） 南那須特別支援学校　 （　　）※特別支援学校の所在地については、次ページを参照ください。 |
| 希望勤務時間 | 1. 午前８時30分から午後３時30分（１日６時間）
2. その他（希望時間　　　時　　分　～　　　時　　分）
 |
| 希望勤務曜日 | [ ] 月曜日　　[ ] 火曜日　　[ ] 水曜日　　[ ] 木曜日　　[ ] 金曜日 |
| 資格免許 | 　　　　　　　　　　　　　　　　免許番号 |
| 申込理由 |  |

※　いただいた情報につきましては、目的以外には使用いたしません。

