

< 志望動機 >

<自己PR>

＜健康状態＞勤務や試験に関して配慮を必要とすることがあれば記入してください。

＜希望勤務形態＞（□に^①を記入してください）

勤務日に条件等がありますか。 □特になし □土、日、祝以外 □その他（ ）

勤務時間に条件等がありますか。 □特になし □あり → 勤務可能時間（ ）

収入に制限はありますか。 □制限なし □扶養の範囲内 □その他（ ）

どの程度の勤務を希望されますか。（複数選択可）

□週38時間45分勤務（フルタイム：1日7時間45分×週5日勤務）
 □週35時間勤務（1日7時間×週5日勤務又は1日7時間45分×2週9日勤務）
 □週20時間以上週35時間未満の勤務（1日 時間・週 日希望）
 □週20時間未満勤務（1日 時間・週 日希望）

- ・この登録申込書による宍粟市会計年度任用職員の登録有効期間は、令和8年度を初年度とし、3年度有効とします。(令和10年度まで)
- ・この登録申込書により取得した個人に関する情報については、会計年度任用職員の任用関係事務(任用の打診、面接試験等の案内・実施、試験合否の通知及び就労に係る各種手続き等をいう。)にのみ用いることとし、その他当該利用目的以外の目的で利用することはありません。
- ・就職等により、登録の取り下げを希望される場合は、宍粟総合病院総務課(0790-62-2410)まで電話で申し出てください。