



ふりがな					
氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)				
現住所 〒					電話番号
連絡先 〒	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)				電話番号
年	月	学歴 (中学校以前は記入不要)	年	月	職歴
免許・資格					
年	月	名称	年	月	名称
職種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 歯科衛生士 ・ 栄養士 ・ 保育士				
勤務可能時間 (1週あたり)	週 日 ・ 時間/日				
社会保険適用 の可否	適用可 ・ 適用不可				
勤務可能区	北 ・ 東 ・ 中央 (本庁舎も含む) ・ 江南 ・ 秋葉 ・ 南 ・ 西 ・ 西蒲				
通勤手段 (利用可能なものに○)	自家用車 ・ バス ・ 電車 ・ バイク 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 ()				

新潟市会計年度任用職員として任用する目的で、本登録用紙に記載された個人情報の提供を求められた場合、人事課及び区総務（地域総務）課に個人情報を提供することについて

☐同意します ☐同意しません

私は登録案内にあるすべての応募資格要件を満たしており、上記の記載事項に相違ありません。

年 月 日 氏名