

# 医療的ケア看護職員任用希望申込書

\* 年月日は和暦で記入してください。

申込年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

氏名(カナ)		性別	生年月日	年齢
(漢字)		男・女	年 月 日	歳

連絡先	住所	電話番号
	〒	

最終学歴	入学年月日	年 月 日	卒業年月日	年 月 日
	学校名			
	学部	学科	専攻	年制
	課程(該当するものに○をしてください。)		全日制・定時制・通信制	
	卒業区分(該当するものに○をしてください。)		卒業・修了・中退・見込	

				取得年月日
看護師免許				年 月 日
教員等資格免許	小学校	/	専修・1種・2種	年 月 日
	中学校	教科( )	専修・1種・2種	年 月 日
		教科( )	専修・1種・2種	年 月 日
	特別支援学校	養護学校	専修・1種・2種	年 月 日
		その他( )		年 月 日
養護教諭	/	1種・2種	年 月 日	
その他の資格については( )内に記入してください。(運転免許についても記入)	その他	( )	年 月 日	
		( )	年 月 日	
		( )	年 月 日	

勤務の希望(希望に○)	週20時間未満・週29時間未満・どちらでも	小学校・中学校・どちらでも
学校での勤務経験(職務内容、年数等)		
家族の在籍・勤務状況	在籍している学校・学年	
	勤務している学校	
勤務開始可能時期	年 月 日	
勤務可能地域	長野市北部・長野市南部・坂城町・信濃町・飯綱町	

※長野市以外の地域に○をされた場合、当該市町へ本情報を提供いたします。

- 注1 この申し込みをした後、長野市教育委員会以外に就職が決まった場合など、医療的ケア看護職員を希望しなくなった場合は、長野市教育委員会学校教育課宛(電話:224-5063直通)に必ず申し込みの取り消しの連絡をしてください。
- 注2 この申込書を提出すると、医療的ケア看護職員任用希望者名簿に登録されます。なお、申請しても必ず任用になるものではありません。
- 注3 この申し込みに係る登録の有効期限は、申し込みを受理した年度から3年間です。(例:2年度申込受付→4年度末まで有効)