**会計年度任用職員登録申請書（保育課用）**

申込日：令和　　年　　月　　日

　次のとおり会計年度任用職員の登録を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日　　（年齢　　　　歳） |
| 住　　 　所 | 〒　　　－  ℡　自宅(　　　 ) 　 - 　　　 携帯(　　 　) 　 - |
| １　登録希望職種に〇をつけてください。  　　保育士 ・ 保育士補助 ・ 看護師 ・ 事務員兼現業員 ・ 調理員 | |
| ２　春日井市の会計年度任用職員・臨時職員の経験がありますか。  （ はい・いいえ ）  　　経験のある方は、その期間と所属を記入してください。  　　（　　　年　　月　～　　　年　　月 ）（所属：　　　　　　　　　　　　　） | |
| ３　いつから勤務できますか。　　（令和　　　年　　　月　　　日から）  現在は在職中ですか。　　　　（ はい・いいえ ）  兼業の予定はありますか。　　（ はい・いいえ ） | |
| ４　家族や親族で保育園に入園もしくは勤務している人はいますか。  （ はい・いいえ ）  　　該当者がいる場合は、氏名等を記入してください。  　　（氏名：　　　　　　　　　）（続柄：　　　　）（園名：　　　　　　　　　　）  　　（氏名：　　　　　　　　　）（続柄：　　　　）（園名：　　　　　　　　　　） | |
| ５　自動車の運転はできますか。　（ はい・いいえ ） | |
| ６　勤務可能な時間帯はいつですか。  （ 制限なし ・ 　　時　　　分 ～　　　時　　　分 ） | |
| ７　勤務可能な曜日に〇をつけてください。  　　（ 制限なし ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土（月に　　回程度） ） | |
| ８　社会保険（健康保険、厚生年金、雇用保険）の加入はできますか。  　　（ 加入できる・できれば加入したくない・加入できない ） | |
| ９　年収もしくは月収面での制約はありますか。  （ はい（年・月　　　　万円）・いいえ ） | |

|  |
| --- |
| 10　【看護師のみ】医療的ケアを担当した経験はありますか。  （ はい・いいえ ）  　　経験がある場合は、内容について記入してください。 |
| 11　【事務員のみ】ワード・エクセルはできますか。  （ できる・多少できる・できない ）  **※簡易な入力及び書式・印刷設定程度** |
| 12　春日井市の会計年度任用職員を希望した理由を記入してください。（自由記述） |
| 13　仕事をするときに大切にしたいことは何ですか。（自由記述） |
| 14　春日井市の会計年度任用職員登録制度を知ったきっかけに〇をつけてください。   1. 市ＨＰ　　⑵　広報　　⑶　保育課、人事課、保育園等に問い合わせて   　　⑷　知人の紹介　　⑸　募集ポスター（掲示場所：　　　　　　　　　）  　　⑹　求人サイト（サイト名：　　　　　　）　　⑺　その他（　　　　　　　　） |
| 15　任用期間の更新に伴い、勤務地が変更となる場合があることについて説明を受けましたか。（登録申込時に☑をしてください）  　　※看護師は医療的ケア児の転園等に伴い、任用期間中に勤務地変更の可能性があります。  　　（令和　　年　　月　　日　説明を受けた □ ） |