様式第１号(第３条関係)

登録者番号

久米島町介護人材バンク登録申込書兼同意書

　　年　　月　　日

　久米島町長　様

　久米島町介護人材バンク設置要綱第３条第１項の規定により、次のとおり人材バンクに登録を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | **写　真**（4㎝×3㎝）上半身・正面・脱帽過去3ヶ月以内に撮影したもの |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生 | 　　　歳 |
| 現 住 所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　　　　（携帯） |
| 最終学歴 | 　　　年　　月　　日 |  | 卒業・修了 |
| 資格・研修等 | （資格・研修名）　　　　　　　　　　（資格等取得年月日）・　　　　　　　　　　 　　　　　　　 （　 　　　年　　月　　日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　 　　　年　　月　　日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 　　　　年　 月　　日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 　　　　年　　月　　日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 　　　　年　　月　　日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 　　　　年　　月　　日）・　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 　　　　年　　月　　日） |

※資格者証等の写しを添付してください。

【職歴】直近のものから順にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 | 勤務先名 | 職種（業務名） |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで |  |  |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで |  |  |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで |  |  |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで |  |  |

* 裏面もご記入ください。

【勤務の希望について】　※複数チェック可

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 希望勤務事業所等 | 事 業 所 等 | 職　種 |
| □介護老人福祉施設□認知症対応型共同生活介護（グループホーム）□小規模多機能型居宅介護事業所□通所介護事業所□認知症対応型通所介護事業所□地域密着型通所介護事業所□訪問介護事業所□訪問看護事業所□居宅介護支援事業所□介護予防支援事業所□その他（　　　　　　　　　 　　） | □介護職員　　□看護職員　□生活相談員　□栄養士□理学療法士 □作業療法士□言語聴覚士□介護支援専門員□調理員□その他 ( )  |
| ② 雇用形態 | □正職員　□臨時職員　□非常勤職員　□パートタイマー　□その他（　　　　　　　） |
| ③ 勤務時間 | □フルタイム（１日８時間程度）□短時間勤務希望（１日４～８時間以内）□扶養の範囲内での勤務希望 |
| ④ 勤務期間 | □可能な限り長く働きたい□１年間（年度末まで）※3/31まで□短期間のみ働きたい(　　　　年　　月～　　　　年　　月) |
| ⑤ 勤務日数 | 週　　　　日程度　※土日勤務　□可(□土曜日・□日曜日)　□不可 |
| ⑥ その他勤務上配慮を希望すること |  |

　【申込みの動機・目的、自己ＰＲなど】　※記載は自由です。（必須ではありません。）

|  |
| --- |
| 同　意　書　私は、久米島町介護人材バンクに登録するに当たって、次の事項に同意します。（１）町内の介護施設等から求人のため久米島町に情報提供の申込みがあった場合、登録申込書の写しを提供すること。（２）登録内容に変更があった場合や取消しを希望する場合、速やかに久米島町に届け出ること。（３）理由なく連絡が取れない場合、登録者の同意なく登録を削除すること。（４）登録することにより就労を保障するものではないこと。（５）その他「久米島町介護人材バンク設置要綱」に定める事項に関すること。　　　　　年　　　月　　　日署　名　　　　　　　　　　　　　　　 |

※　記名押印に代えて署名することができます。