

<PT、OT、ST、Ns、SW、医療事務など>

非常勤スタッフ（アルバイト）希望者登録票

< 年 月 日現在 >

太線の枠内をご記入ください。

氏名 (フリガナ)			性別	男 ・ 女
住所	〒 (最寄駅 )			
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (現在の年齢) 歳
連絡先 電話番号 (携帯電話可)	— — (任意：Eメールでの連絡を希望される場合はアドレスをご記入ください。)			
資格 (複数記載可)	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 3科目主事 <input type="checkbox"/> 医療事務 <input type="checkbox"/> その他、福祉・医療関連の資格 ( )			
	※3科目主事、社会福祉士をお持ちの方へ 希望職種はどちらですか？ <input type="checkbox"/> 児童指導員 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー (複数希望可)			
応募職種に関連する職務経験の有無・年数等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (自由記載/〇〇施設 〇年勤務 など) ( )			
勤務可能なセンター	<input type="checkbox"/> 横浜市総合リハビリテーションセンター <input type="checkbox"/> 戸塚地域療育センター <input type="checkbox"/> 北部地域療育センター <input type="checkbox"/> 西部地域療育センター <input type="checkbox"/> よこはま港南地域療育センター			
曜日・時間等の希望がある場合	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 頻度：週 日、曜日( ) 時間： 時 分～ 時 分 その他：			
事業団使用欄	提出：電話・郵送・FAX			

■提出先（郵送、FAXの場合）

〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1770

(社福) 横浜市リハビリテーション事業団

経営部人材開発課 非常勤担当

電話：045-473-0804 (直) FAX：045-473-0956

登録受付日	所管課長	担当
年 月 日		
No.		

■登録有効期間：受付日の翌年度末まで（最長2年間/ 年3月末日まで）

有効期間経過後は、この登録票は適正に破棄させていただきます。

■登録にあたってお預かりした個人情報、登録・採用事務に関する業務のために使用するものであり、本人の承諾なく他の目的で使用することは一切ありません。

<2019年3月改定版>