

様式第1号（第5条関係）

飛驒市長あて

年 月 日

飛驒市医療・介護総合人材バンク登録票

| | | |
|--|--|---------------|
| フリガナ 氏名 | | |
| 生年月日 | | |
| 連絡先 | 現住所 もしくは 旧飛驒市住所 | 〒 |
| | 居住地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 携帯電話番号 | |
| | E-mail | |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <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"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 | |
| 学生 | <<目指している資格>> <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <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"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 | |
| その他医療・介護 関連の資格・免許 等 | | |
| 現在の勤務先（配 属部署まで）又は 修学中の学校名及 び学科名 | | |
| その他必要な事項 （学生は学年 例：4年制大学の 2年生は2/4） | | 学年 / 年制 |
| 同意事項 | <input type="checkbox"/> 飛驒市医療・介護総合人材バンクに登録する事に承諾し、この情報をもとに、飛驒市ファンクラブ、ふるさと納税、就職情報等、市からの各種情報の提供を受けることに同意します。 | |