保健師アルバイト　登録様式

フリガナ	
氏　　名	
住　　所	〒　　－
希望する勤務形態 （いずれかにチェックしてください）	□週５日　　□週４日　　□それ以外
保健師資格取得年月日	年　　月　　日
連　絡　先	電話番号：　　－　　－ メールアドレス：
備　　考	

※　この登録様式をプリントアウトし、必要事項を記入後、下記住所へ郵送又は持参してください。

《宛　先》

〒６０２－８５１１

京都市上京区今出川通室町西入堀出シ町２８５番地

上京区役所保健福祉センター　健康長寿推進課　地域支援担当

※　この登録は、アルバイト募集情報の提供を目的とするものです。登録された方を優先的に採用するというものではありませんので、ご了承願います。

※　個人情報は、登録された方へアルバイト募集情報を提供するための業務を適正かつ円滑に遂行するために利用し、それ以外の目的では利用しません。