

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。	

