

別記第1号様式（第3条関係）

※ 第		号	
児童福祉施設等における産休等代替職員登録申込書			
あなた の 氏 名 など	(ふりがな) 氏 名	年 月 日 生 歳	
	住 所		
	最終学歴	小卒, 中卒, 高卒, 短大卒, 大学以上卒, その他 ( )	
	職 種	資格取得 年月日等	保育士資格合格・保育士養成所卒 大学卒で児童福祉関係の学科履修 教諭資格有・大臣等の認定
	経験年数	ある ( 年 か月) 児童福祉施設等に勤務したことが ない	
あなた の 勤 務 を 希 望 す る 施 設 な ど	施設種別	保育所, 児童養護施設, 知的障害者小規模通所授産施設, 児童自立支援施設, 乳児院, 母子生活支援施設, 救護施設, 養護老人ホーム, 軽費老人ホーム (特定施設入所者生活介護の 指定を受けている施設を除く), 授産施設 (社会福祉法および生活保護法に規定する授産施設), 身体障害者福祉工場, 知的障害者福祉工場, 身体障害者小規模通所授産施設, その他 ( )	
	職 種	保育士, 看護師, 介護員, 保健師, 児童生活支援員, 児童自立支援専門員, 指導員 (母子指導 員, 児童指導員, 生活指導員, 職業指導員等), セラピスト (作業療法士, 理学療法士等), 栄養士, 調理員, その他 ( )	
	宿 泊	児童福祉施設等の都合により宿泊することが できる できない	
	勤務を希望す る地域		
あなた の 自 宅 の 略 図	(最寄のバス停車 徒歩 分)		
上記のとおり児童福祉施設等の産休等代替職員としての登録を申し込みます。 年 月 日 函館市長 様 氏名 (自署)			
受 理	※ 年 月 日	登 録	※ 年 月 日 第 号

- 注1 ※印の欄は、記入の必要がありません。  
 2 表中の選択項目については、該当する項目を○で囲んでください。  
 3 この様式には、資格証明書の写しを添付してください。