**医療的ケア看護師　登録申込書**

令和　　年　　月　　日

　特別支援教育課長　様

フリガナ

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年齢

性　　別　　　　　　　　男・女

次のとおり、医療的ケア看護師として登録を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 〒住　　　所（自宅、勤務先） |  |
| 電話（携帯） |  |
| 看護師経験 | ① | 勤　　務　　先勤　務　期　間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ② | 勤　　務　　先勤　務　期　間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ③ | 勤　　務　　先勤　務　期　間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 勤務可能地域※（　）に○をご記入願います。 | 小諸養護学校（　　）　上田養護学校（　　）飯山養護学校（　　）　稲荷山養護学校（　　）長野盲学校・長野ろう学校・長野養護学校・若槻養護学校（　　）松本盲学校・松本ろう学校・松本養護学校・寿台養護学校（　　）安曇養護学校（　　）　木曽養護学校（　　）　伊那養護学校（　　）花田養護学校（　　）　諏訪養護学校（　　）　飯田養護学校（　　）* 特別支援学校の所在地については、次ページを参照ください。
 |
| 可能な勤務形態 | ①　６時間勤務（　　　）②　短時間勤務（　　　）【勤務可能な時間数：　　　時間】③　宿泊学習への付き添い（　　　） |
| 資格免許 | 　　　　　　　　　　　　　　　　免許番号 |
| 申込理由 |  |

* いただいた情報につきましては、目的以外の利用はいたしません。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

