

## 介護職員等情報提供申請（個人用）

様式

ふりがな	
名前	
生年月日	
郵便番号	〒 -
住所	
電話番号	- -
メールアドレス	
希望職種	
資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
勤務形態	<input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> どちらでも
ダブルワーク （副業）	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
南九州市内 施設・事業所等	<input type="checkbox"/> 穎娃地域 <input type="checkbox"/> 知覧地域 <input type="checkbox"/> 川辺地域
情報の受取り方法	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口