

御宿町新型コロナワクチン接種事業

専門職スタッフ登録申出書

区 分	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他介護 <input type="checkbox"/> その他 ※免許証のコピーを添付してください。
他勤務先の有無	<input type="checkbox"/> 有（正職員・パート） <input type="checkbox"/> なし

フリガナ氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住 所	〒 —
連 絡 先	携帯電話： — — 固定電話： — —

振込口座	金融機関名			
	店 番		店 名	本店・支店
	種 別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ口座名義			

◇マイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード・通知カード等）をご提示ください。

課 長	班 長	主 査	係 長	主 任