

千葉市スクールメディカルサポーター採用候補者登録申請書

(記入日：令和8年 月 日)

1	ふりがな氏名						
2	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 () 歳 ※令和9年3月31日現在で記入					
3	住所等	住所	〒 ー				
		自宅電話			FAX		
		最寄り駅			緊急連絡先 (携帯等)		
4	職業	無 ・ 有 ※有の場合→					
	勤務先	名称			勤務曜日		
		所在地					
		電話			FAX		
5	最終学歴	卒業(修了)・卒業(修了)見込					
6	資格について	(該当する資格に○) ・看護師 (年 月 日 取得・取得見込) ・准看護師 (年 月 日 取得・取得見込) ・その他の資格等 (年 月 日 取得) (年 月 日 取得) (年 月 日 取得)					
7	学校教育や医療的ケアに関する経験	年 度	学校教育や医療的ケアに関する経験				
8	勤務可能曜日 (可能曜日に○)	曜 日	月	火	水	木	金
9	通勤方法 (いずれかに○)	1 公共交通機関 2 自家用車 3 その他 ()					
10	千葉市でスクールメディカルサポーターを志望する理由						
11	スクールメディカルサポーターに必要とされる視点について						

縦4cm × 横3cm
裏面に氏名を記入
※写真張り付け位置