

横浜市歯科保健医療センター
センター非常勤職員（歯科衛生士・受付事務員・歯科助手）応募用紙

様式 1

一般社団法人横浜市歯科医師会
会 長 佐 藤 信 二 様

令和 年 月 日

横浜市歯科保健医療センターにおける次の診療事業に従事いたしたく応募いたします。

- ☐ ・ 休日救急歯科診療事業 （ ・ 歯科衛生士 ・ 受付事務員 ） 繁忙期対応（可・不可）
☐ ・ 夜間救急歯科診療事業 （ ・ 歯科衛生士 ・ 受付事務員 ） 繁忙期対応（可・不可）
☐ ・ 障がい者歯科診療事業 （ ・ 歯科衛生士 ・ 受付事務員 ・ 歯科助手 ）

※応募を希望される事業の職種を○印で囲み、複数希望する場合は、□に順位を記してください。
休日・夜間救急歯科診療事業では、繁忙期対応の可否を○で囲んでください。

ふりがな			生年月日	昭・平 年 月 日（ 歳）
現 住 所		〒 — —		T e l — —
				携 帯 — —
				F a x — —
メールアドレス				
現在の勤務先	名 称			T e l — —
				F a x — —
	所在地	〒 — —		
最終学歴からの略歴（職歴等）をご記入ください。				
昭和・平成・令和 年 月		卒業		単身胸から上の写真 （縦4cm×横3cm程度） 貼付
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
昭和・平成・令和 年 月				
備 考				

※ （一社）横浜市歯科医師会では、個人情報保護法に基づき、ご記入いただいた氏名・住所・電話番号・メールアドレス・略歴等は、横浜市歯科保健医療センター診療従事者の募集に関する連絡及び情報提供のためのみに使用いたします。