

草津市学校保健支援員登録申請書兼誓約書

年 月 日提出

ふりがな		写真貼付欄 (4 cm × 3 cm)
氏 名		
年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女	
ふりがな		
現 住 所 〒 —		
自宅電話	携帯電話	
F A X	E-mail	
資 格 (持っている資格に○をつけてください) () 養護教諭免許 () 看護師免許		
経 験 (勤務経験のあるものに○をつけてください) () 幼稚園勤務 () 養護学校勤務 () 小学校勤務 () 病院勤務 () 中学校勤務 () 高等学勤務		

※免許状の写しを1部添付してください。

学校保健支援員派遣要項に基づき、学校保健支援員の登録を申請します。この登録がなされた時は、学校保健支援員の禁止行為等に関する規定を遵守することを誓約します。

また、登録後に各学校に派遣される際には、上記の内容について、派遣先校に提供することを承諾します。

年 月 日

印