様式第１号(第６条関係)

登録者番号

安平町介護人材バンク登録申込書兼同意書

　　年　　月　　日

　（あて先）安平町長　様

　安平町介護の仕事応援事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり登録を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | （受付印） |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生 | 　　　歳 |
| 現 住 所 | 　〒　　　　－ |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　　　　（携帯） |
| 資格 | 例：普通運転免許等 |

【勤務の希望について】　※複数チェック可

|  |  |
| --- | --- |
| ① 雇用形態 | □正職員　□パートタイマー　□その他（　　　　　　　） |
| ② 勤務時間 | □フルタイム（１日８時間程度）□短時間勤務希望（１日４～８時間以内）□扶養の範囲内での勤務希望 |
| ③ 勤務期間 | □可能な限り長く働きたい□１年間（年度末まで）※3/31まで□短期間のみ働きたい(　　　　年　　月～　　　　年　　月) |
| ④ 勤務日数 | 週　　　　日程度　※土日勤務　□可(□土曜日・□日曜日)　□不可 |
| ⑤ その他 勤務上配慮を 希望すること |  |

※裏面もご記入ください。

|  |
| --- |
| 同　　意　　書　私は、安平町介護人材バンクに登録するに当たって、次の事項に同意します。（１）　町内の介護事業所から求人のため安平町に情報提供の申込みがあった場合、　　　登録申込書の情報を提供すること。（２）　登録内容に変更があった場合や取消しを希望する場合、速やかに安平町に　　　届け出ること。（３）　理由なく連絡が取れない場合、登録者の同意なく登録を削除すること。（４）　登録することにより就労を保障するものではないこと。（５）　その他「安平町介護の仕事応援事業実施要綱」に定める事項に関すること。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　名　　　　　　　　　　　　　　 |
|

様式第２号(第６条関係)

 　 安平町介護人材バンク登録者名簿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者番号及び年月日 | 氏名 | 年齢 | 資格 | 雇用形態 | 勤務時間 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |
| 番号：年　月　日 |  |  |  | □正職員□パートタイマー□その他 | □フルタイム□短時間希望□扶養内 |

様式第３号(第７条関係)

安平町介護人材バンク登録内容変更・取消届

年　　月　　日

　（あて先）安平町長　様

　安平町介護人材バンク登録について、次のとおり（ 内容変更 ・ 取消し ）します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

□登録内容の変更（変更箇所のみ記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 変更前 | 変更後 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | （自宅）（携帯） | （自宅）（携帯） |
| そ の 他 |  |  |

□登録の取消し

|  |  |
| --- | --- |
| 取消理由 | □就労先が決定（□町内の事業所等　□町外の事業所等　□その他　）　　※就労先が町内の事業所等の場合、事業所名をご記入ください。【事業所名】□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

様式第４号（第１０条関係）

安平町介護人材バンク登録者名簿閲覧申込書

年　　月　　日

（あて先）安平町長　様

事業所名

代表名（役職）

担当者名

介護従事者求人のため、安平町介護人材バンク登録者に係る登録者に係る登録者名簿の閲覧を申し込みます。

様式第５号(第１１条関係)

安平町介護人材バンク登録者情報提供申込書兼誓約書

年　　月　　日

　（あて先）安平町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人名及び事業所名

 　代表（役職）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　介護従事者求人のため、次のとおり安平町介護人材バンク登録者に係る登録申込書の情報の提供を申し込みます。

　登録申込書の情報を適切に管理し、利用を終了した際にはその都度適切に廃棄します。

また、提供された登録者情報については、その提供により取得した個人情報を他人に漏らすことや人材バンクの目的以外の用途に使用しないことを誓約いたします。

(対象登録者)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録者番号 | 氏　　　　　名 | 年　齢 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

様式第６号（第１３条関係）

安平町介護人材バンク登録者採用結果報告書

年　　月　　日

（あて先）安平町長　様

事業所名

代表者名（役職）

担当者名

安平町介護人材バンク登録者情報提供申込書兼誓約書により登録申込書の提供を受け、採用面接を実施しましたので採用結果について下記の通り報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者番号 | 氏　　　名 | 採用結果 | 職種 | 雇用予定日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |