**東京都福祉保健局総務部職員課人事担当　宛**

**送付先　ﾌｧｸｼﾐﾘ：０３－５３８８－１４００ メール：S0000191@section.metro.tokyo.jp**

**『福祉保健局 業務説明会』参加申込書**

**（看護教員・児童福祉司・児童自立支援専門員）**

１　参加を希望される職種に○印をお付けください。（必須）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 看護教員 |
|  | 児童福祉司 |
|  | 児童自立支援専門員 |

２　参加者情報（必須）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　　　　　　　都・道・県・府　　　　　　　市・区・町・村 |
| ふりがな |  | 説明会当日の連絡先（電話番号） |  |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 年齢 | ～20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ その他 |
| 現職 | 学生 ・ 都道府県勤務　・　市区町村勤務　・　民間事業所勤務 ・ その他 |

３　この説明会をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ホームページ |  | Twitter |
|  | 都立施設 |  | その他施設 |
|  | ハローワーク |  | ナースプラザ |
|  | 学校 |  | 友人・知人 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

お問合せ 東京都福祉保健局総務部職員課人事担当　TEL：０３-５３２０-４０２３