

宮大病院キャリア支援枠 エントリーシート

本紙は、宮大病院キャリア支援枠を利用した勤務を希望する方に記載していただくものです。本学医学部附属病院に勤務したことがある方は、なるべく事前に各診療科へご相談の上、宮崎大学清花アテナ男女共同参画推進室に提出してください。

■基本情報

申請者氏名	(フリガナ) (性別)
連絡を希望する電話	
E-mail	
支援枠利用を希望する理由 (該当するものに○)	出産・育児・介護・その他()
卒業大学及び年度	大学 (年度卒業)
入局先	
職歴	

■希望する勤務形態

希望する診療科	ローテーションを希望する場合はチェックを入れてください→ <input type="checkbox"/>
勤務開始希望日	年 月 日
希望する勤務時間 (曜日ごとに記載)	曜日 : ~ : 曜日 : ~ : 曜日 : ~ : 曜日 : ~ : 曜日 : ~ : ⇒週当たりの勤務時間 時間

※勤務時間を記載する場合は、1日の総勤務時間は時間単位まで、勤務の開始時刻・終了時刻は、15分単位までとなるようにしてください。⇒裏面もご記入ください

■キャリア支援枠の利用を必要とする状況について

子どもについて(支援枠利用を希望する理由が「育児」の方のみご記入ください)

生年月日	留意事項
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

妊娠・出産について(支援枠利用を希望する理由が「出産」の方のみご記入ください)

出産予定日	年 月 日
育児休業の取得状況	なし・あり(年 月 ~ 年 月) ※予定も含む

介護を必要とする家族について(支援枠利用を希望する理由が「介護」の方のみご記入ください)

介護を必要とする家族	続柄() 【要介護・要支援・入院・通院】 【同居・別居】
	続柄() 【要介護・要支援・入院・通院】 【同居・別居】
介護休業の取得状況	なし・あり(平成 年 月~平成 年 月) ※予定も含む

「出産」「育児」「介護」以外の理由で支援枠利用を希望する方はその理由を簡潔にご記入ください

(事務局使用欄)

診療科確認欄	推進室受付欄	コーディネーター 確認欄
日付:	日付:	日付:
確 認 印	確 認 印	確 認 印