

登録票(2)

受付日	年 月 日
受付番号	

※上記は大阪府歯科衛生士会の記入欄となっております

- ◎公共職業安定所の指導により、地域歯科保健事業に出務される歯科衛生士は、毎年登録票の提出が義務づけられています。出務を希望される方は、必ず登録票を年度初めまでにご提出ください。
- ◎連絡先の携帯及びパソコンアドレスに関しましては、事業のご案内等に使用させていただきます。できる限りご記入ください。
- ◎個人情報につき、ハイジニストセンターの事業以外には使用いたしません。

歯科衛生士会員番号			
ふりがな			〒
氏名			住所
生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日	年齢	最寄り駅 ()線()駅
出身学校名		年卒業	自宅電話番号
歯科衛生士 免許	登録年	年	FAX番号
	登録番号	号	携帯番号
その他の免許			PCアドレス
勤務状況	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 無		携帯アドレス
経験年数	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 養成校 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他()		約 年
取得認定	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下リハビリテーション <input type="checkbox"/> 在宅療養指導・口腔機能管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病予防指導 <input type="checkbox"/> 医科歯科連携・口腔機能管理 <input type="checkbox"/> その他()		

就 労 希 望 条 件													
希望曜日時間帯(該当箇所) <input type="checkbox"/>								歯科保健指導(該当箇所) <input type="checkbox"/>					
	月	火	水	木	金	土	日	対象	希望	経験	対象	希望	経験
午前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳幼児	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊産婦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
午後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	幼稚園	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	成人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特記事項 その他								小学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高齢者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								中学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	障がい者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								健診介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	在宅施設訪問	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								健康展	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自立支援会議	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※大阪府歯科衛生士会は団体傷害保険に加入しています。会からの出務派遣による就業中(往復途上を含む)の事故等により、けが等をされた場合の通院や入院に際しての補償となります。
 歯科衛生士賠償責任保険については各自で加入されますようお願いいたします。

(公社)大阪府歯科衛生士会ハイジニストセンター歯科衛生士無料職業紹介所

☆裏面も必ずご記入ください。

誓約書

私は、令和4年度公益社団法人大阪府歯科衛生士会、地域歯科保健事業の出務にあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 歯科衛生士としてふさわしい言動を心がけ、貴会の品位を損なわないことを誓います。
2. 個人情報保護法に関する法令を遵守し、業務に関連して知り得た「個人情報」は第三者へ開示、漏えいする等の行為を在任中及び退任後も一切行いません。
3. 故意または過失等理由の如何に関わらず、貴会および関係者に損害を与えた場合は、自己の責任において賠償いたします。
4. 就業中、自己の責任等理由の如何に関わらず疾病等にかかった場合は自己の責任において処理いたします。

以上

令和 年 月 日

氏名

※ 事業によっては賠償責任保険への加入が必要な場合があります。
加入の有無について以下のいずれかをチェックしてください。

- 日本歯科衛生士会の賠償責任保険に加入
 その他の賠償責任保険に加入
 未加入（ 加入を予定 ・ 加入を検討中 ・ 加入の予定なし ）