

氏名（ ）

## 医療的ケア看護師及び特別支援協力員 事前調査

1 看護師として勤務した経験がありますか。（ある・ない）  
ある人は以下にご記入ください。

（病院名 、期間～）  
（病院名 、期間～）

2 居住地の学区

一宮市立 小学校、一宮市立 中学校

お子さんが通学する学校  
一宮市立 小学校、一宮市立 中学校

血縁関係者（3親等内）がいる学校  
一宮市立 小学校、一宮市立 中学校  
(お名前を記入してください。)

※ 一宮市外の学校は記入の必要はありません。

3 通勤方法 徒歩 自転車 自家用車  
公共交通機関（ ）

4 可能な勤務時間数

※ [ ]内のいずれかに○をつけてください。

[ ] ① 7時間×週に5日

[ ] ② 希望の時間内で勤務したい。（下に記入）

↓  
年間勤務時間（ ）時間以下  
一日（ ）時間×週に5日

※ その他特記事項

5 今回の応募の理由