

意向確認書

北海道立江差病院長 様

令和 年 月 日

氏名 印

江差病院会計年度任用職員として採用された場合は、以下のとおり希望します。

1 勤務時間について、第1希望～第3希望まで記載してください。

(例) 第1希望 週30時間勤務
第2希望 週20時間勤務
第3希望 フルタイム 等

2 健康保険について

(1)か(2)に○をつけてください。

(1) 江差病院で健康保険に加入する。

(2) 被扶養者として、配偶者等の健康保険に加入する。