

登録票

施設票

1/2

施設番号

受付区分

受付年月日 _____年____月____日

太枠内の項目に記入してください (の項目は必須記入、コードは施設・求人コード表参照)

法人名	フリガナ _____ _____																																																																																																																																																																																																																																								
施設名	フリガナ _____	電話 _____																																																																																																																																																																																																																																							
事業所名	_____	FAX _____																																																																																																																																																																																																																																							
住所	〒 _____ フリガナ _____ _____																																																																																																																																																																																																																																								
ホームページアドレス _____		E-mail _____																																																																																																																																																																																																																																							
施設種別	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	施設種別コードより選択																																																																																																																																																																																																																																							
開設者	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	開設者コードより選択																																																																																																																																																																																																																																							
営業曜日	下記の曜日欄に (0. 休み 1. 1日 2. 半日) より番号を記入 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日																																																																																																																																																																																																																																								
職員数	保健師 _____人	助産師 _____人	看護師 _____人																																																																																																																																																																																																																																						
常勤	医師 _____人	薬剤師 _____人	事務職員 _____人																																																																																																																																																																																																																																						
	看護助手 _____人	介護支援専門員 _____人	介護福祉士 _____人																																																																																																																																																																																																																																						
	その他 _____人																																																																																																																																																																																																																																								
非常勤	保健師 _____人	助産師 _____人	看護師 _____人																																																																																																																																																																																																																																						
			准看護師 _____人																																																																																																																																																																																																																																						
進学予定のある准看護師の採用	<input type="checkbox"/>	1. 可 2. 否																																																																																																																																																																																																																																							
現在進学中の准看護師の採用	<input type="checkbox"/>	1. 可 2. 否																																																																																																																																																																																																																																							
看護師等確保推進者の設置 (病院のみ記入)	<input type="checkbox"/>	0. なし 1. あり																																																																																																																																																																																																																																							
採用に関する情報	担当部署 _____ 担当者 _____	電話 _____	FAX _____																																																																																																																																																																																																																																						
施設・事業所の特徴・PRなど	施設・事業所までの略図 (最寄駅、バス停からの道順)																																																																																																																																																																																																																																								
	<table border="1" style="width: 100%; height: 200px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																								

概要
I 全体
II 求人数
III 求職者数
IV 紹介者数
V 就職者数
登録票

病院・診療所のみ記入

診療科目 診療科目コードより選択

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

施設の種類 (vを記入)

1. 精神病院 2. 感染症指定医療機関 3. 結核病院 4. 一般病院
 5. 療養病床をもつ病院 (診療所を含む) 6. 特別許可老人病棟をもつ病院
 7. 地域医療支援病院 8. 特定機能病院
 9. 一般診療所 (有床) 10. 一般診療所 (無床) 11. 歯科診療所
 12. 児童福祉法に定める肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又はこれに準じる施設
 13. 介護療養型医療施設 14. 介護療養型医療施設 (老人性痴呆疾患療養病棟)

許可病床数

一般病床 _____ 床 療養病床 _____ 床 精神病床 _____ 床

老人病床 _____ 床 結核病床 _____ 床 その他病床 _____ 床

総数 _____ 床

入院基本料等届出状況 (○で囲む)	一般病棟 (I群・II群)	①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3 ④入院基本料4 ⑤入院基本料5 ⑥特別入院基本料1 ⑦特別入院基本料2
	療養病棟	①入院基本料1 ②入院基本料2 ③特別入院基本料1 ④特別入院基本料2
	結核病棟	①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3 ④入院基本料4 ⑤入院基本料5 ⑥入院基本料6 ⑦入院基本料7 ⑧特別入院基本料1 ⑨特別入院基本料2
	精神病棟	①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3 ④入院基本料4 ⑤入院基本料5 ⑥入院基本料6 ⑦入院基本料7 ⑧特別入院基本料1 ⑨特別入院基本料2
	特定機能病院	1) 一般病棟 (ある、なし)
		2) 結核病棟 (I群・II群) ①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3
		3) 精神病棟 (I群・II群) ①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3
	専門病院	①入院基本料1 ②入院基本料2
	障害者施設等	①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3 ④入院基本料4 ⑤入院基本料5
	老人病棟	①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3 ④入院基本料4 ⑤入院基本料5 ⑥老人特別入院基本料
有床診療所 (I群・II群)	①入院基本料1 ②入院基本料2 ③入院基本料3 ④入院基本料4	
有床診療所療養病床	①入院基本料 ②特別入院基本料	

介護老人保健施設のみ記入

定員 _____人

老人保健施設療養費 (○で囲む) ①老人保健施設療養費 (I) ②老人保健施設療養費 (II)

社会福祉施設のみ記入

定員 _____人

教員を求人する施設のみ記入

課程区分 課程区分コードより選択

求人票

1/4

施設番号	<input type="text"/>	求人番号	<input type="text"/>	受付区分	<input type="text"/>	受付年月日	____年____月____日
		求人番号	____	受付区分	____	受付年月日	____年____月____日
		求人番号	____	受付区分	____	受付年月日	____年____月____日

太枠内の項目に記入してください（の項目は必須記入、コードは施設・求人コード表参照）

勤務地	施設名	フリガナ _____	電話	_____
	事業所名	_____	FAX	_____
	住所	〒 _____ フリガナ _____		
	<input type="checkbox"/> 施設票で登録した住所と同じ場合、 <input type="checkbox"/> にv印を付ける			
施設種別	<input type="text"/>	←施設種別コードより選択 (複合施設の場合のみ記入⇒)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
施設規模	<input type="text"/>	←施設規模コードより選択→ (施設種別が病院、診療所の場合のみ記入)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	居宅介護支援事業所の指定 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり			
勤務地の最寄駅	_____線 _____駅	最寄駅からの交通手段と所要時間（ <input type="checkbox"/> にv印を付けて下線部を記入） <input type="checkbox"/> バス（停留所 _____） <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 で _____分		
資格	第1希望は1つのみ記入。第2希望がある場合は、第1希望以外の資格を複数記入可。 第1希望 <input type="checkbox"/> 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 第1希望の資格における各種就労条件は、本票に記入。第2希望の資格における就労条件が、第1希望の資格のそれと著しく異なる場合は、別途求人票を起票のこと。 第2希望（vを記入） <input type="checkbox"/> 1. 保健師 <input type="checkbox"/> 2. 助産師 <input type="checkbox"/> 3. 看護師 <input type="checkbox"/> 4. 准看護師			
その他希望資格	<input type="checkbox"/> 1. 養護教諭 <input type="checkbox"/> 2. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 3. 救急救命士 <input type="checkbox"/> 4. 自動車運転免許 （vを記入） <input type="checkbox"/> 5. その他（ _____ ）			
雇用形態	<input type="checkbox"/> 1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨時雇用（1ヵ月未満の場合）			
募集人員	_____人	年齢	年齢上限または下限記入時、年齢制限理由コードより選択 _____歳 から _____歳 まで	年齢制限理由 <input type="text"/>
勤務形態	<input type="checkbox"/> 1. 3交替制 2. 2交替制 3. 当直制 4. 日勤のみ 5. 夜勤のみ <input type="checkbox"/> 6. その他（具体的に： _____） 月平均夜勤回数 _____回 月平均当直回数 _____回 当直 _____人 準夜勤 _____人 深夜勤 _____人 2交替勤務夜勤 _____人			
希望領域	医療・福祉コード、看護教員コードより選択 第1希望 <input type="text"/> 第2希望 <input type="text"/> 第3希望 <input type="text"/> 第4希望 <input type="text"/>			
就業時期	_____年 _____月から	勤務期間 期間が決まっている場合のみ記入 _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 勤務日数 _____日		
勤務曜日	下記の曜日欄に（1. 1日 2. 半日）より番号を記入 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 相談可（vを記入）			
勤務時間	勤務形態に応じた勤務時間を記入 _____時 _____分～ _____時 _____分（うち休憩時間 _____分） _____時 _____分～ _____時 _____分（うち休憩時間 _____分） _____時 _____分～ _____時 _____分（うち休憩時間 _____分） _____時 _____分～ _____時 _____分（うち休憩時間 _____分）		所定労働時間を超える勤務 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 週休 <input type="checkbox"/> 1. 完全週休2日制（4週8休制を含む） <input type="checkbox"/> 2. 隔週週休2日以上（4週6休制を含む） <input type="checkbox"/> 3. その他（具体的に： _____）	

概要
I 全体
II 求人数
III 求職者数
IV 紹介者数
V 就職者数
登録票

業務内容	業務コードより選択（複数選択可） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	（具体的に： <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																					
看護教員のみ記入	職種 <input type="checkbox"/> 1. 教員 2. 臨床指導者 3. 助手 夜間実習 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 臨床指導者講習会 <input type="checkbox"/> 0. 不要 1. 要 看護教員養成講習会 <input type="checkbox"/> 0. 不要 1. 要 教員経験 <input type="checkbox"/> 0. 不要 1. 要 _____年以上 臨床経験 <input type="checkbox"/> 0. 不要 1. 要 _____年以上 必要な学位（vを記入） <input type="checkbox"/> 1. 準学士（短大卒） <input type="checkbox"/> 2. 学士（大学卒） <input type="checkbox"/> 3. 修士 <input type="checkbox"/> 4. 博士																						
常勤のみ記入	初任給は新卒採用時の給与額を、業務経験5年は新卒採用者の5年後のモデル給与額を記入してください。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">初任給（新卒）</th> <th style="width:30%;">業務経験5年</th> <th style="width:40%;">看護管理者</th> </tr> <tr> <td>A 基本給 （賞与の算定基準となる額）</td> <td>_____円</td> <td>_____円</td> </tr> <tr> <td>B 定額的に支払われる手当 （下記の常勤・非常勤・臨時雇用共通記入欄の手当を除く）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____手当</td> <td>_____円以上</td> <td>_____円以上</td> </tr> <tr> <td>_____手当</td> <td>_____円以上</td> <td>_____円以上</td> </tr> <tr> <td>_____手当</td> <td>_____円以上</td> <td>_____円以上</td> </tr> <tr> <td>A + B 税込給与額 （年俸の場合は、この行のみ記入⇒）</td> <td>_____円以上</td> <td>_____円以上</td> </tr> </table>		初任給（新卒）	業務経験5年	看護管理者	A 基本給 （賞与の算定基準となる額）	_____円	_____円	B 定額的に支払われる手当 （下記の常勤・非常勤・臨時雇用共通記入欄の手当を除く）			_____手当	_____円以上	_____円以上	_____手当	_____円以上	_____円以上	_____手当	_____円以上	_____円以上	A + B 税込給与額 （年俸の場合は、この行のみ記入⇒）	_____円以上	_____円以上
初任給（新卒）	業務経験5年	看護管理者																					
A 基本給 （賞与の算定基準となる額）	_____円	_____円																					
B 定額的に支払われる手当 （下記の常勤・非常勤・臨時雇用共通記入欄の手当を除く）																							
_____手当	_____円以上	_____円以上																					
_____手当	_____円以上	_____円以上																					
_____手当	_____円以上	_____円以上																					
A + B 税込給与額 （年俸の場合は、この行のみ記入⇒）	_____円以上	_____円以上																					
雇用形態・臨時のみ記入	賃金形態 <input type="checkbox"/> 1. 月給 2. 日給 3. 時給 4. その他 5. 年俸 給与額 _____円（訪問看護など1件当たりに対して支払われる場合はその単価）																						
給与形態	昇給 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 通勤手当 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. 全額 2. 定額 3. 最高支給額（2、3の場合）_____円 業務経験加算 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 年間賞与 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 年____回 ____ヵ月分 <input type="checkbox"/> 1. 今年度予定 2. 前年度実績 住宅手当 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. 全額 2. 定額 3. 最高支給額（2、3の場合）_____円 夜勤手当 準夜勤 _____円以上/回 2交替夜勤 _____円以上/回 深夜勤 _____円以上/回 当直 _____円以上/回 時間外手当 _____円/時間（業務経験5年の場合） 休日出勤手当 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 家族手当 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり その他の手当（合計額） _____円（具体的に：_____） 退職金制度 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 代休制 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 夜勤交替時のハイパーカット等の交付 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり																						
その他の条件（経験年数、経験内容等） 具体的に： _____																							

休暇	有給休暇	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり	初年度	___ 日/年																																																		
	特別休暇 (vを記入)	<input type="checkbox"/> 1. 夏期休暇 (___ 日)	<input type="checkbox"/> 2. 年末年始 (___ 日)	<input type="checkbox"/> 3. 産前休暇	<input type="checkbox"/> 4. 産後休暇																																																		
		<input type="checkbox"/> 5. 育児休暇	<input type="checkbox"/> 6. 忌引休暇	<input type="checkbox"/> 7. 病気休暇	<input type="checkbox"/> 8. 生理休暇																																																		
		<input type="checkbox"/> 9. その他 (_____)																																																					
加入保険制度 (vを記入)		<input type="checkbox"/> 1. 雇用保険	<input type="checkbox"/> 2. 労災保険	<input type="checkbox"/> 3. 健康保険	<input type="checkbox"/> 4. 厚生年金																																																		
		<input type="checkbox"/> 5. 退職金共済	<input type="checkbox"/> 6. 共済	<input type="checkbox"/> 7. 医師国保	<input type="checkbox"/> 8. その他																																																		
定年制	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり (年齢 ___ 歳)	勤務延長	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり																																																		
			再雇用制度	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり																																																		
住居等	単身者宿舎	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 1. 無料	<input type="checkbox"/> 2. 有料 (月額 ___ 円)																																																		
	世帯宿舎	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 1. 無料	<input type="checkbox"/> 2. 有料 (月額 ___ 円)																																																		
	駐車場 (通勤用)	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 1. 無料	<input type="checkbox"/> 2. 有料 (月額 ___ 円)																																																		
保育所	有無	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. 無料	<input type="checkbox"/> 2. 有料 (月額 ___ 円)	収容人員 ___ 人																																																		
	対象年齢	___ 歳から ___ 歳まで		保育時間	<input type="checkbox"/> 1. 24時間保育																																																		
				<input type="checkbox"/> 2. 日中のみ	<input type="checkbox"/> 3. その他																																																		
	料金補助	<input type="checkbox"/> 0. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり	備考 _____																																																			
採用に関する情報	選考方法 (vを記入)	<input type="checkbox"/> 1. 面接	→ 面接日 <input type="checkbox"/> 1. 指定あり (具体的に: _____)		<input type="checkbox"/> 2. 随時																																																		
		<input type="checkbox"/> 2. 健康診断	<input type="checkbox"/> 3. 筆記試験	<input type="checkbox"/> 4. 実技試験																																																			
		<input type="checkbox"/> 5. その他 (_____)																																																					
	必要書類 (vを記入)	<input type="checkbox"/> 1. 履歴書	<input type="checkbox"/> 2. 資格免許証のコピー	<input type="checkbox"/> 3. 健康診断書																																																			
	<input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に: _____)																																																						
	採否決定	<input type="checkbox"/> 1. 即決	<input type="checkbox"/> 2. 後日 (日数 ___ 日)																																																				
担当部署	_____			電話	_____																																																		
担当者	_____			FAX	_____																																																		
他都道府県ナースセンターへの求人情報の提供の希望 (注1) <input type="checkbox"/> 0. 希望しない <input type="checkbox"/> 1. 希望する																																																							
中央ナースセンター等における求人情報の公開の希望 (注2) <input type="checkbox"/> 0. 希望しない <input type="checkbox"/> 1. 希望する																																																							
公共職業安定所への求人の登録 (注3) <input type="checkbox"/> 0. なし <input type="checkbox"/> 1. あり																																																							
勤務地の特徴・PRなど			勤務地までの略図 (最寄駅、バス停からの道順)																																																				
			<table border="1" style="width:100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																																				

【施設票・求人票の記入内容の利用について】(1)統計および分析に利用します。(2)e-ナースセンター(中央ナースセンター運営の求人求職支援サイト)において内容の全てがナースセンター求職登録者に利用限定した求人情報検索の閲覧対象になります。求職者からの紹介依頼を受けた場合には、ナースセンターから連絡いたします。(3)中央ナースセンター運営のBeNurse!において内容の一部を検索用のデータ(施設・事業者名等は非公開)として利用します。

(注1)希望すると、他ナースセンターの専用パソコンから施設票・求人票の内容全てが求人情報検索の閲覧対象になります。
 (注2)希望すると、中央ナースセンターホームページおよびしごと情報ネット(厚生労働省運営の求人情報検索サイト)において施設票・求人票の内容の一部(施設・事業者名等は非公開)が求人情報検索の閲覧対象になります。
 ※(注1)(注2)のいずれを希望した場合でも、求職者のご紹介は登録されたナースセンターからいたします。
 (注3)ナースセンターによっては、求人票の内容を公共職業安定所に連絡する場合がありますので、ご了承願います。ただし、公共職業安定所に自動登録されることはありません。

概要
要件
I 全体
II 求人数
III 求職者数
IV 紹介者数
V 就職者数
登録票

職業相談の記録

相談年月日	担当者	内容	相談年月日	担当者	内容

紹介の記録

紹介年月日	資格	雇用形態	氏名	求職番号	採否年月日	備考(不調理由等)
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	

抹消の記録

求人番号	抹消年月日	抹消区分	抹消ナースセンター	抹消区分コード
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. 充足(ナースセンター) 2. 充足(他県ナースセンター) 3. 充足(自己) 10. 期限切れ 20. 取下げ(条件変更) 21. 取下げ(その他) 30. 訂正
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
備考				

(臨時雇用) 求人票

1/2

施設番号 求人番号 受付区分 受付年月日 ____年 ____月 ____日

太枠内の項目に記入してください (の項目は必須記入、コードは施設・求人コード表参照)

勤務地	施設名 <input type="text"/> フリガナ <input type="text"/>	電話 <input type="text"/>
	事業所名 <input type="text"/>	FAX <input type="text"/>
	住所 〒 <input type="text"/> フリガナ <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 施設票で登録した住所と同じ場合、 <input type="checkbox"/> にv印を付ける		
施設種別 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>←施設種別コードより選択 (複合施設の場合のみ記入⇒)</small>		
居宅介護支援事業所の指定 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり		
資格 第1希望は1つのみ記入。第2希望がある場合は、第1希望以外の資格を複数記入可。 第1希望 <input type="checkbox"/> 1. 保健師 <input type="checkbox"/> 2. 助産師 <input type="checkbox"/> 3. 看護師 <input type="checkbox"/> 4. 准看護師 <small>第1希望の資格における各種就労条件は、本票に記入。第2希望の資格における就労条件が、第1希望の資格のそれと著しく異なる場合は、別途求人票を起票のこと。</small> 第2希望 (vを記入) <input type="checkbox"/> 1. 保健師 <input type="checkbox"/> 2. 助産師 <input type="checkbox"/> 3. 看護師 <input type="checkbox"/> 4. 准看護師		
その他希望資格 <input type="checkbox"/> 1. 養護教諭 <input type="checkbox"/> 2. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 3. 救急救命士 <input type="checkbox"/> 4. 自動車運転免許 (vを記入) <input type="checkbox"/> 5. その他 (<input type="text"/>)		
募集人員	年齢 年齢上限または下限記入時、年齢制限理由コードより選択	年齢制限理由 <input type="text"/>
	____人	____歳 から ____歳 まで
勤務形態 <input type="checkbox"/> 4. 日勤のみ <input type="checkbox"/> 6. その他 (具体的に: <input type="text"/>)		
勤務期間 ____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日まで 勤務日数 ____日		
勤務曜日 下記の曜日欄に (1. 1日 2. 半日) より番号を記入 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 相談可 (vを記入)		
勤務時間 勤務形態に応じた勤務時間を記入 ____時 ____分 ~ ____時 ____分 (うち休憩時間 ____分) ____時 ____分 ~ ____時 ____分 (うち休憩時間 ____分) ____時 ____分 ~ ____時 ____分 (うち休憩時間 ____分)		所定労働時間を超える勤務 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり 週休 1. 完全週休2日制 (4週8休制を含む) 2. 隔週週休2日以上 (4週6休制を含む) 3. その他 (具体的に: <input type="text"/>)
業務内容 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 救護 (イベント) <input type="checkbox"/> 修学旅行 <input type="checkbox"/> その他 (vを記入) (具体的に: <input type="text"/>)		
給与形態	賃金形態 <input type="checkbox"/> 1. 月給 2. 日給 3. 時給 4. その他	給与額 _____円 <small>第1希望資格の給与額を記入</small>
	通勤手当 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. 全額 2. 定額 <input type="checkbox"/> 3. 最高支給額 (2、3の場合) _____円	時間外手当 _____円/時間
	その他の手当 (合計額) _____円 (具体的に: <input type="text"/>)	
採用に関する情報	必要書類 <input type="checkbox"/> 1. 履歴書 <input type="checkbox"/> 2. 資格免許証のコピー <input type="checkbox"/> 3. 健康診断書 (vを記入) <input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に: <input type="text"/>)	
	採否決定 <input type="checkbox"/> 1. 即決 <input type="checkbox"/> 2. 後日 (日数 ____日)	
	担当部署 _____ 担当者 _____	電話 _____ FAX _____
他道府県ナースセンターへの求人情報の提供の希望 (注1) <input type="checkbox"/> 0. 希望しない 1. 希望する		
中央ナースセンター等における求人情報の公開の希望 (注2) <input type="checkbox"/> 0. 希望しない 1. 希望する		
公共職業安定所への求人の登録 (注3) <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり		

【施設票・求人票の記入内容の利用について】(1)統計および分析に利用します。(2)e-ナースセンター(中央ナースセンター運営の求人求職支援サイト)において内容の全てがナースセンター求職登録者に利用限定した求人情報検索の閲覧対象になります。求職者からの紹介依頼を受けた場合には、ナースセンターから連絡いたします。(3)中央ナースセンター運営のBeNurse!において内容の一部を検索用のデータ(施設・事業者名等は非公開)として利用します。

(注1)希望すると、他ナースセンターの専用パソコンから施設票・求人票の内容全てが求人情報検索の閲覧対象になります。
 (注2)希望すると、中央ナースセンターホームページおよびしごと情報ネット(厚生労働省運営の求人情報検索サイト)において施設票・求人票の内容の一部(施設・事業者名等は非公開)が求人情報検索の閲覧対象になります。
 ※(注1)(注2)のいずれを希望した場合でも、求職者のご紹介は登録されたナースセンターからいたします。
 (注3)ナースセンターによっては、求人票の内容を公共職業安定所に連絡する場合がありますので、ご了承願います。ただし、公共職業安定所に自動登録されることはありません。

職業相談の記録

相談年月日	担当者	内容	相談年月日	担当者	内容

紹介の記録

紹介年月日	資格	雇用形態	氏名	求職番号	採否年月日	備考(不調理由等)
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	

抹消の記録

求人番号	抹消年月日	抹消区分	抹消ナースセンター	抹消区分コード
<input type="text"/>		<input type="text"/>		1. 充足(ナースセンター) 2. 充足(他県ナースセンター) 3. 充足(自己) 10. 期限切れ 20. 取下げ(条件変更) 21. 取下げ(その他) 30. 訂正
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
備考				

概要
I 全体
II 求人数
III 求職者数
IV 紹介者数
V 就職者数
登録票

施設・求人コード表（1/2）

施設種別コード

1. 病院	2. 診療所	3. 介護老人保健施設	
10. 介護老人福祉施設（特養）	11. デイサービス・デイケア	12. 在宅介護支援センター	13. その他の社会福祉施設
30. 訪問看護ステーション	31. 都道府県・保健所	32. 市区町村・保健センター	33. 保育所
34. 会社・事業所	35. 労働衛生機関	36. 小学校・中学校・高等学校（養護教諭）	
50. 大学	51. 短期大学（専攻科含む）	52. 高等学校衛生看護科（専攻科含む）	
53. 准看護師学校	55. 専修学校	56. 各種学校	70. 複合施設
90. 救護（イベント等）		99. その他	

施設規模コード

1. 500床以上	2. 499～200床	3. 199～20床	4. 19～1床	5. 無床
-----------	-------------	------------	----------	-------

開設者コード

1. 厚生労働省	2. 文部科学省	3. 労働福祉事業団	4. 国（その他）
5. 都道府県	6. 市区町村	7. 日赤	8. 済生会
9. 北海道社会事業協会	10. 厚生連	11. 国民健康保険団体連合会	12. 全国社会保険協会連合会
13. 厚生年金事業振興団	14. 船員保険会	15. 健康保険組合及びその連合会	16. 共済組合及びその連合会
17. 国民健康保険組合	18. その他の公益法人	19. 医療法人	20. 学校法人
21. 会社	22. 医師会	23. 社会福祉法人	24. 宗教法人
25. その他の法人	26. 個人	27. ボランティア団体	28. NPO法人
99. その他			

診療科目コード

1. 内科	2. 心療内科	3. 精神科	4. 神経科	5. 神経内科
6. 呼吸器内科	7. 消化器内科	8. 胃腸科	9. 循環器科	10. アレルギー科
11. リウマチ科	12. 小児科	13. 外科	14. 整形外科	15. 形成外科
16. 美容外科	17. 脳神経外科	18. 呼吸器外科	19. 心臓血管外科	20. 小児外科
21. 皮膚泌尿器科	22. 皮膚科	23. 泌尿器科	24. 性病科	25. こう門科
26. 産婦人科	27. 産科	28. 婦人科	29. 眼科	30. 耳鼻咽喉科
31. 気管食道科	32. リハビリテーション科	33. 放射線科	34. 歯科	35. 矯正歯科
36. 小児歯科	37. 歯科口腔外科	38. 人工透析科	39. 麻酔科	99. その他

施設の種類コード

1. 精神病院	2. 感染症指定医療機関	3. 結核病院	4. 一般病院
5. 療養病床をもつ病院（診療所を含む）	6. 特例許可老人病棟をもつ病院	7. 地域医療支援病院	
8. 特定機能病院	9. 一般診療所（有床）	10. 一般診療所（無床）	11. 歯科診療所
12. 児童福祉法に定める肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又はこれに準じる施設			
13. 介護療養型医療施設	14. 介護療養型医療施設（老人性痴呆疾患療養病棟）		

課程区分コード

1. 保健師課程	2. 助産師課程	3. 看護師3年課程（全日制）
4. 看護師3年課程（定時制）	5. 看護師2年課程（全日制）	6. 看護師2年課程（定時制）
7. 高等学校衛生看護科（専攻科含む）	8. 准看護師課程	9. 看護系以外の課程

医療・福祉コード

1. 内科系	2. 外科系	3. 母性	4. 小児	5. 精神
6. 老人	7. リハビリテーション	8. 障害者	9. 緩和ケア	10. 手術室
11. 集中治療室	12. 救命救急	13. 人工透析	14. 看護管理	
15. 地域（訪問看護、保健所、市町村を含む）	16. 保健（学校保健、産業保健等を含む）	30. 不問		

看護教員コード

40. 基礎看護	41. 老人看護	42. 精神看護	43. 成人看護	44. 母性看護
45. 小児看護	46. 地域看護	47. 家族看護	48. 看護管理	

業務コード

1. 病棟看護	2. 外来看護	3. 手術室等看護	4. 看護管理
10. 相談・指導	11. 健康管理（学校保健室/企業・大学の健康管理室など）	12. 検診	13. 救護（イベント）
14. 修学旅行	20. 訪問看護	21. ケアマネージメント	22. 介護（入浴介助など）
31. 臨床実習指導	40. 治験	41. 研究・開発	42. 広報・企画
44. 事務	99. その他		30. 教育
			43. 営業・販売

施設・求人コード表（2/2）

年齢制限理由コード

1. **新規学卒者等対象**
長期勤続によりキャリア形成を図るために新規学卒者などを募集・採用する
2. **特定年齢層が少なく年齢構成の維持・回復のために必要**
特定の年齢層の労働者が少ない場合に、従業員の年齢構成の維持・回復を図るために、特定の年齢層の労働者を募集・採用する
3. **定年年齢等との関係で必要**
定年年齢又は継続雇用の最高雇用年齢との関係で、採用しても、労働者に十分に能力を発揮してもらったり、必要な職業能力が形成される前に退職することとなるような場合に、特定の年齢層以下の者を募集・採用する
4. **就業規則（賃金関係）の変更を要する**
賃金が年齢により決定され、そのことが就業規則に明示されており、年齢にかかわらず一定の賃金で募集すると、採用した場合に就業規則違反となることから、特定の年齢以下の者を募集・採用する
5. **商品等の特性から業務遂行上必要**
取り扱う商品などが特定の年齢層を対象としていることから、顧客との関係で業務が円滑に遂行されるよう特定の年齢層の労働者を募集・採用する
6. **表現の真実性**
芸術・芸能の分野の表現の真実性のために特定の年齢層の者を募集・採用する
7. **労働災害防止・安全性確保**
労働災害の発生状況等から、労働災害の防止や安全性の確保のために特に考慮が必要な業務について、特定の年齢以下の者を募集・採用する
8. **体力・視力等が業務遂行上不可欠**
体力、視力など加齢により一般的に低下する機能が、募集しようとする業務の遂行に不可欠であるため、特定の年齢以下の者を募集・採用する
9. **中高年齢者に限定**
行政機関の施策を踏まえて中高年齢者に限定して募集・採用する
10. **法令による就業制限**
労働基準法等の法令により、特定の年齢層の就業などが禁止又は制限されている業務について、禁止又は制限されている年齢層の者を除いて募集・採用する

概要

I
全体

II
求人数

III
求職者数

IV
紹介者数

V
就職者数

登録票

個人票

個人番号

受付区分

受付年月日 ____年__月__日

太枠内の項目に記入してください

網掛 の項目は必須記入、コードは個人・求職コード表を参照して記入

就業状況 (vを記入) 未就業 就業中 学生

フリガナ 氏名 _____		性別 <input type="checkbox"/> 1. 女 <input type="checkbox"/> 2. 男	生年月日 大・昭 ____年 ____月 ____日	年齢 ____ 歳
フリガナ 住所 _____		日中連絡の取れる電話番号にvを記入 (自宅/呼/携帯) 電話 <input type="checkbox"/> 1. _____ <input type="checkbox"/> 2. _____ FAX _____ E-mail _____		
取得免許		免許番号 (右詰めで記入)		取得年月日
保健師	<input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり	<input style="width: 40px;" type="text"/>	昭・平 ____年 ____月 ____日	
助産師	<input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり	<input style="width: 40px;" type="text"/>	昭・平 ____年 ____月 ____日	
看護師	<input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり	<input style="width: 40px;" type="text"/>	昭・平 ____年 ____月 ____日	
准看護師	<input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり	<input style="width: 40px;" type="text"/>	昭・平 ____年 ____月 ____日	
(都・道・府・県知事発行)				
その他の取得免許 (vを記入)		<input type="checkbox"/> 1. 養護教諭 <input type="checkbox"/> 2. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 3. 救急救命士 <input type="checkbox"/> 4. 自動車運転免許 <input type="checkbox"/> 5. その他 (_____)		
研修受講記録 (vを記入)		<input type="checkbox"/> 1. 看護教員養成講習会 <input type="checkbox"/> 2. 訪問看護師養成講習会 (受講希望 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり) <input type="checkbox"/> 3. 臨床指導者講習会 <input type="checkbox"/> 4. 看護力再開発講習会 (受講希望 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり)		
学歴	看護専門学歴		(vを記入)	
	保健師	都道府県 _____	<input type="checkbox"/> 在学中	<input type="checkbox"/> 昭・平 ____年卒業
	助産師	都道府県 _____	<input type="checkbox"/> 在学中	<input type="checkbox"/> 昭・平 ____年卒業
	看護師	都道府県 _____	<input type="checkbox"/> 在学中	<input type="checkbox"/> 昭・平 ____年卒業
	准看護師	都道府県 _____	<input type="checkbox"/> 在学中	<input type="checkbox"/> 昭・平 ____年卒業
看護系大学院		一般最終学歴		
<input type="checkbox"/> 1. 修士 2. 博士 <input type="checkbox"/> 1. 修了 2. 在学中		<input type="checkbox"/> 1. 中学 2. 高校 3. 高専 (一般) <input type="checkbox"/> 4. 短期大学 5. 大学 6. 大学院 <input type="checkbox"/> 1. 卒業 2. 中退 3. 在学中		
取得学位 (vを記入) <input type="checkbox"/> 1. 準学士 (短大卒) <input type="checkbox"/> 2. 学士 (大学卒) <input type="checkbox"/> 3. 修士 <input type="checkbox"/> 4. 博士				
専門領域 (vを記入) 教員希望のみ記入		<input type="checkbox"/> 1. 基礎看護 <input type="checkbox"/> 2. 老人看護 <input type="checkbox"/> 3. 精神看護 <input type="checkbox"/> 4. 成人看護 <input type="checkbox"/> 5. 母性看護 <input type="checkbox"/> 6. 小児看護 <input type="checkbox"/> 7. 地域看護 <input type="checkbox"/> 8. 家族看護 <input type="checkbox"/> 9. 看護管理		
看護職歴	非管理職	保健師 ____年 ____ヵ月	} → 実務経験年数 ____年 ____ヵ月	
		助産師 ____年 ____ヵ月		
		看護師 ____年 ____ヵ月		
	准看護師 ____年 ____ヵ月			
管理職	主任経験 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり ____年 ____ヵ月			
	師長経験 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり ____年 ____ヵ月			
看護教員経験 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり ____年 ____ヵ月		教務主任経験 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり ____年 ____ヵ月		
家族情報	配偶者	<input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり	配偶者の転勤 <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり	
	子供の生年	第1子 昭・平 ____年	第2子 昭・平 ____年	第3子 昭・平 ____年
	扶養家族	____人	保育協力者 (保育所・院内保育を除く) <input type="checkbox"/> 0. なし 1. あり	
自宅からの最寄駅 ____線 ____駅		最寄駅までの交通手段と所要時間 (口にv印を付けて下線部を記入) <input type="checkbox"/> バス (停留所 _____) <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 で ____分		

看護職歴 3ヶ月以上継続して勤務したもの、及び最終職歴を記入。
 現在、就業中の場合は、その施設についても記入し、(□就業中)にv印を入れ、退職年月は空欄。
 施設種別、施設規模(施設種別が病院、診療所の場合のみ)、経験科目は個人・求職コード表より記入。
 海外での看護職歴がある場合には、(□海外)にv印を入れ、施設名・事業者名記入欄の最初に国名を記入。
 3ヶ月以上継続した勤務経験がない場合には、(□看護職歴なし)にv印を入れ、看護職歴は空欄。

看護職歴なし

施設名・事業所名	施設種別	*施設規模	主な経験科目(2つまで)	
都道府県 (□海外)	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
就職年月 昭・平 年 月から (□就業中) 退職年月 昭・平 年 月まで				

施設名・事業所名	施設種別	*施設規模	主な経験科目(2つまで)	
都道府県 (□海外)	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
就職年月 昭・平 年 月から (□就業中) 退職年月 昭・平 年 月まで				

ナースセンターからの情報提供の希望 0. 希望しない 1. 希望する

看護師等ボランティア登録の希望 0. 希望しない 1. 希望する (注) 希望した場合、ボランティア活動をご紹介できる場合があります。

求 職 票

個人番号

求職番号

受付区分

受付年月日 ____年__月__日

太枠内の項目に記入してください

網掛 の項目は必須記入、コードは個人・求職コード表を参照して記入 **就業状況** (vを記入) 未就業 就業中 学生

フリガナ 氏名 <input type="text"/>		日中連絡の取れる電話番号にvを記入 (自宅/呼/携帯) 電話 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 (自宅/呼/携帯) FAX <input type="text"/>		就業状況 (vを記入) <input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 学生
〒 <input type="text"/> フリガナ <input type="text"/>		住所 <input type="text"/>		就職希望時期 ____年__月頃
第1希望 勤務希望地 第2希望 第3希望		市区町村名または都道府県名を記入		<input type="checkbox"/> 0. なし <input type="checkbox"/> 1. あり (ナースセンター名 <input type="text"/>)
第1希望条件		第2希望条件		
資格 <input type="checkbox"/> 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師		<input type="checkbox"/> 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師		
施設種別 施設種別コードより選択 (1つ以上)。優先順位の高いものを左から記入。 ※施設規模 (施設種別が病院、診療所の場合のみ) ↓施設規模コードより選択		施設種別 施設種別コードより選択 (1つ以上)。優先順位の高いものを左から記入。 ※施設規模 (施設種別が病院、診療所の場合のみ) ↓施設規模コードより選択		
希望領域 希望領域コードより選択 (看護教員希望の場合は希望専門領域コードより選択)		希望領域 希望領域コードより選択 (看護教員希望の場合は希望専門領域コードより選択)		
雇用形態 第1希望 第2希望 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨時雇用 (1ヵ月未満の場合)				
勤務形態 第1希望 第2希望 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0. 特にこだわらない 1. 交替制 (3交替、2交替、変則交替、当直等を含む) 2. 日勤のみ 3. 夜勤のみ				
勤務曜日 (vを記入) <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日				
勤務時間 ____時 ____分 から ____時 ____分 まで		24時間制で記入		
賃金形態 <input type="checkbox"/> 1. 月給 2. 日給 3. 時給 4. その他		常勤の場合、1. 月給を選択		
給与 ____円以上希望		選択した賃金形態で記入		
年間賞与 ____ヵ月以上希望				
希望週休 <input type="checkbox"/> 0. 特にこだわらない 1. 完全週休2日 2. 隔週週休2日以上				
通勤時間 <input type="checkbox"/> 0. 特にこだわらない 1. 30分以内 2. 1時間以内 3. 1時間以上でも可				
宿舎 <input type="checkbox"/> 0. 希望しない 1. 単身宿舎を希望 2. 世帯宿舎を希望				
保育所 <input type="checkbox"/> 0. 不要 1. 要		駐車場 (通勤用) <input type="checkbox"/> 0. 希望しない 1. 希望する		
就職の際重視する条件 (複数選択可) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0. 給与 1. 勤務時間 2. 通勤時間 3. 保育施設 4. 看護内容 5. 休暇 6. 宿舎・寮 9. その他 (<input type="text"/>)				
退職した(したい)理由		主なもの3つを退職理由コードより選択 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
e-ナースセンターにおける求職情報の公開の希望 (注1) <input type="checkbox"/>		0. 希望しない 1. 希望する		
公共職業安定所への求職の登録 (注2) <input type="checkbox"/>		0. なし 1. あり		公共職業安定所への連絡年月日 ____年__月__日
自己PR				

【個人票・求職票の記入内容の利用について】(1)統計および分析に利用します。(2)中央ナースセンター運営のBeNurse!において就業希望条件等の内容の一部を検索用のデータとして利用します。

※(1)(2)ともに統計的にデータ処理するために氏名、住所等個人情報は一切公開いたしません。

(注1)希望すると、e-ナースセンター(中央ナースセンター運営の求人求職支援サイト)において内容の一部(氏名、住所、電話番号、家族情報、出身学校名等の個人情報は非公開)がナースセンターに求人登録施設・事業者を利用限定した求職情報検索の閲覧対象になります。求人施設・事業所からの紹介依頼を受付けた場合には、ナースセンターから連絡いたします。

(注2)ナースセンターによっては、この求職票の内容を公共職業安定所に連絡する場合がありますので、ご了承ください。ただし、公共職業安定所に自動登録されることはありません。

職業相談の記録

相談年月日	担当者	内容	相談年月日	担当者	内容

紹介の記録

紹介年月日	資格	雇用形態	施設名	求人番号	採否年月日	備考(不調理由等)
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	
					採・否 年 月 日	

抹消の記録

求職番号	抹消年月日	抹消区分	抹消ナースセンター	就職施設名
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
備考			抹消区分コード	
			1. 就職(ナースセンター) 2. 就職(職安) 3. 就職(自己) 4. 就職(他ナースセンター) 10. 期限切れ 20. 連絡不能 30. 本人希望 31. 他ナースセンター 40. 訂正	

概 要
I 全 体
II 求 人 数
III 求 職 者 数
IV 紹 介 者 数
V 就 職 者 数
登 録 票

求人登録票

1 / 4

求人番号 _____

太枠内の項目に記入してください。
 (※)は記入必須項目です。
 年数はすべて西暦で記入してください。
 ()に該当するものにチェックをつけてください。
 ()の中に選択肢があるものは1つ選択し、マルをつけてください。
 _____は記入欄です。

受付区分 _____

受付年月日 _____年____月____日

法人名	フリガナ _____		
施設名(※)	フリガナ _____		
住所(※)	〒 _____		
電話番号(※) (代表番号)	_____ - _____	ホームページアドレス	_____
FAX番号	_____ - _____	メールアドレス	_____
開設者(※)	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 01. 国立病院機構(厚労省系) 02. 独立行政法人(文科省系) 03. 労働者健康福祉機構 04. 国(その他) 05. 都道府県 06. 市区町村 07. 日赤 08. 済生会 09. 北海道社会事業協会 10. 厚生連 11. 国民健康保険団体連合会 12. 全国社会保険協会連合会 13. 厚生年金事業振興団 14. 船員保険会 15. 健康保険組合及びその連合会 16. 共済組合及びその連合会 17. 国民健康保険組合 18. その他の公益法人 19. 医療法人 20. 学校法人 21. 会社 22. 医師会 23. 社会福祉法人 24. 宗教法人 25. その他の法人 26. 個人 27. ボランティア団体 28. NPO法人 99. その他		
営業曜日(※)	月曜(1日・半日・休み) 火曜(1日・半日・休み) 水曜(1日・半日・休み) 木曜(1日・半日・休み) 金曜(1日・半日・休み) 土曜(1日・半日・休み) 日曜(1日・半日・休み) 祝日(1日・半日・休み)		
職員数	保健師 _____人 助産師 _____人 看護師 _____人 准看護師 _____人 常勤 医師 _____人 薬剤師 _____人 介護支援専門員 _____人 介護福祉士 _____人 その他 _____人 非常勤 保健師 _____人 助産師 _____人 看護師 _____人 准看護師 _____人		
派遣事業者の該当(※)	(該当しない・派遣事業者) 許可番号 般 _____		
施設種別(※)	() 病院 () 診療所 () 介護老人保健施設 () 介護老人福祉施設(特養) () デイサービス・デイケアセンター () 在宅介護支援センター () ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム () その他社会福祉施設 () 訪問看護ステーション () 都道府県・保健所 () 市区町村・保健センター () 保育所・幼稚園 () その他居宅介護支援事業所 () 会社・事業所 () 健診センター・労働衛生機関 () 小学校・中学校・高等学校(養護教諭) () 大学 () 短期大学(専攻科含む) () 高等学校衛生看護科(専攻科含む) () 准看護師学校 () 専修学校 () 各種学校 () 救護(イベント等) () 個人(自宅などで看護職を必要としている方) () その他 () _____		

※個人にチェックした方は、当サイト(e-ナースセンター)上で、求人者個人を特定できるような個人情報は掲載されません。

施設種別で「病院」を選択した方は以下の項目を記入してください。

病院の種類	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 1. 特定機能病院(大学病院など) 2. 主として精神医療を行う病院 3. 結核療養所 4. 主として難病・重度障害児(者)医療を行う病院 5. 主としてリハビリテーション医療を行う病院 6. 主として長期療養に対応する病院 7. 一般病院(単科および単科に準じる専門病院) 8. 一般病院(多数診療科を持つ総合的な病院) 9. その他の一般病院
病院の規模	(500床以上・499~200床・199~20床)
看護師等確保推進者	(設置している・設置していない)

求人登録票

2 / 4

求人番号 _____

受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設種別で「診療所」を選択した方は以下の項目を記入してください。

診療所の種類	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 1. 一般診療業務を行う診療所（歯科・産科を除く） 2. 相談・指導業務を専らとする診療所 3. 採血・供血を専らとする診療所 4. 健診業務を専らとする診療所 5. 検査業務を専らとする診療所 6. 主として人工透析を行っている診療所 7. 休日夜間救急センター 8. 歯科診療所 9. 産科診療所		
診療所の医療内容	入院 (なし・あり) 手術 (なし・あり) 分娩 (なし・あり)		
診療所の規模	訪問看護 (なし・あり) デイケア・通所リハビリテーション (なし・あり)		
	(19~1床・無床)		

施設種別(1/4)で「病院」または「診療所」を選択した方は記入してください。

診療科目・他	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 胃腸科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 性病科 <input type="checkbox"/> こう門科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 気管食道科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 人工透析科 <input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック科) <input type="checkbox"/> 病理科 <input type="checkbox"/> 臨床検査科 <input type="checkbox"/> 漢方科 <input type="checkbox"/> 核医学科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> 血液科 <input type="checkbox"/> 新生児科 <input type="checkbox"/> 内分泌科 <input type="checkbox"/> 糖尿病科 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> 救命救急 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> その他		
許可病床数	一般病床数 _____ 床 療養病床数 _____ 床 精神病床数 _____ 床		
	結核病床数 _____ 床 感染症病床数 _____ 床		

施設種別(1/4)で「介護老人保健施設」を選択した方は記入してください。

介護老人保健施設	定員数 _____ 人
----------	-------------

施設種別(1/4)で「介護老人福祉施設(特養)」「デイサービス・デイケアセンター」「その他社会福祉施設」を選択した方は記入してください。

社会福祉施設	定員数 _____ 人
--------	-------------

教員を募集する施設の方は記入してください。

課程区分	<input type="checkbox"/> 保健師課程 <input type="checkbox"/> 助産師課程 <input type="checkbox"/> 看護師3年課程(全日制) <input type="checkbox"/> 看護師3年課程(定時制) <input type="checkbox"/> 看護師2年課程(全日制※専攻科含む) <input type="checkbox"/> 看護師2年課程(定時制) <input type="checkbox"/> 看護師2年課程(通信制) <input type="checkbox"/> 看護師5年一貫課程 <input type="checkbox"/> 准看護師課程(高校衛生看護科) <input type="checkbox"/> 准看護師課程養成所 <input type="checkbox"/> 看護系大学院修士課程 <input type="checkbox"/> 看護系大学院博士課程 <input type="checkbox"/> 看護系以外の課程		
------	--	--	--

中央ナースセンターのメールマガジン(※) (配信を希望する・配信を希望しない)

※1. 上記で記入されたパソコンのメールアドレスに配信します。

※2. メールマガジンのパスワードはe-ナースセンターのパスワードに設定されます。

「配信を希望する」を選択した方は以下を記入してください。

性別	(女性・男性)
年代	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代以上
お住まいの都道府県	_____

【求人票の記入内容の利用について】

(1) 統計および分析に利用します。

(2) e-ナースセンターにおいて内容の全てがナースセンター求職登録者に利用限定した求人情報検索の閲覧対象になります。

(3) 就業促進を目的とする調査にご協力をお願いすることがあります。

(注) ナースセンターによっては、求人票の内容を公共職業安定所に連絡する場合がありますのでご了承願います。

ただし公共職業安定所に自動登録されることはありません。

求人登録票

3 / 4

求人番号 _____

受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務先名(※)	フリガナ _____		
勤務先住所(※)	〒 _____		
電話番号(勤務地)(※)	_____	FAX番号(勤務地)	_____
勤務地までの通勤手段	から(バス・車・徒歩) (停留所 _____) 最寄駅からの所要時間 _____ 分		
採用に関する情報	担当部署	電話番号	_____
	担当者	FAX番号	_____
派遣求人の種類(※)	(該当しない・一般派遣・紹介予定派遣)		
施設種別(※)	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 _____		
	01. 病院 10. 介護老人福祉施設(特養) 13. ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム 31. 都道府県・保健所 34. その他居宅介護支援事業所 37. 小学校・中学校・高等学校(養護教諭) 52. 高等学校衛生看護科(専攻科含む) 56. 各種学校 91. 個人(自宅などで看護職を必要としている方)	02. 診療所 11. デイサービス・デイケアセンター 14. その他社会福祉施設 (_____) 32. 市区町村・保健センター 35. 会社・事業所 50. 大学 53. 准看護師学校 90. 救護(イベント等) 99. その他 (_____)	03. 介護老人保健施設 12. 在宅介護支援センター 30. 訪問看護ステーション 33. 保育所・幼稚園 36. 健診センター・労働衛生機関 51. 短期大学(専攻科含む) 55. 専修学校

※個人にチェックした方は、当サイト(e-ナースセンター)上で、求人者個人を特定できるような個人情報は掲載されません。

希望資格(※)	看護資格 第1希望 下記より1つ選択し、番号を記入してください。 _____ 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 第2希望 () 保健師 () 助産師 () 看護師 () 准看護師
その他希望資格(※)	養護教諭 (こだわらない・希望する) 介護支援専門員 (こだわらない・希望する) 救急救命士 (こだわらない・希望する) 自動車運転免許 (こだわらない・希望する) 社会福祉士 (こだわらない・希望する) その他 (こだわらない・希望する) _____ 認定看護師 (こだわらない・希望する) 資格名 _____ 専門看護師 (こだわらない・希望する) 資格名 _____

希望資格で「准看護師」を選択した方は記入してください。

看護学校(2年課程)進学希望者の採用意思 (あり・なし)	_____
------------------------------	-------

希望役割(※)	(スタッフ(非管理職)・主任(中間管理職)・師長(中間管理職))
希望業務経験(※)	経験区分 (こだわらない・新卒のみ募集・経験者のみ募集) 保健師 _____ 年以上 助産師 _____ 年以上 看護師 _____ 年以上 准看護師 _____ 年以上
雇用形態(※)	(常勤(正職員)・非常勤(嘱託含む)・臨時雇用(1ヶ月未満))
募集人数(※)	_____ 人
年齢制限	_____ 才 ~ _____ 才
年齢制限理由	年齢制限理由コード表より1つ選択し、番号を記入してください。 _____
勤務形態(※)	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 _____ 1. 3交替制 2. 2交替制 3. 当直制 _____ 4. 日勤のみ 5. 夜勤のみ 6. その他 _____
	月平均夜勤回数 _____ 回 月平均当直回数 _____ 回 当直 _____ 人 準夜勤 _____ 人 深夜勤 _____ 人 2交替勤務夜勤 _____ 人
就業時期	_____ 年 _____ 月 から

求人登録票

4 / 4

求人番号 _____

受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

業務内容(※)	<input type="checkbox"/> 病棟看護 <input type="checkbox"/> 外来看護 <input type="checkbox"/> 手術室看護 <input type="checkbox"/> ICU(集中治療室) <input type="checkbox"/> CCU(冠疾患集中治療室) <input type="checkbox"/> NICU(未熟児室) <input type="checkbox"/> 救命救急 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> 相談・指導 <input type="checkbox"/> 施設看護(社会福祉施設) <input type="checkbox"/> 看護管理 <input type="checkbox"/> 地域保健 <input type="checkbox"/> 健康管理(学校保健室/企業・大学の健康管理室/有料老人ホーム/保育園など) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 救護(イベント) <input type="checkbox"/> 旅行添乗 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ケアマネージメント <input type="checkbox"/> 介護(入浴介助など) <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 臨床実習指導 <input type="checkbox"/> 通信添削指導員 <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 研究・開発 <input type="checkbox"/> 広報・企画 <input type="checkbox"/> 営業・販売 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 _____
---------	--

業務内容で「病棟看護」、「外来看護」を選択した方は記入してください。

看護領域	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 母性 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他 _____
------	--

雇用形態(3/4)で「非常勤」または「臨時雇用(1ヶ月)」を選択した方は記入してください。

勤務期間	年 月 日から	年 月 日まで	勤務日数	日間
勤務曜日	月曜(1日・半日・休み) 火曜(1日・半日・休み) 水曜(1日・半日・休み) 木曜(1日・半日・休み)	金曜(1日・半日・休み) 土曜(1日・半日・休み) 日曜(1日・半日・休み) 祝日(1日・半日・休み)		
勤務曜日の相談可否	<input type="checkbox"/> 相談可能・相談不可			
勤務時間(※)	勤務時間1 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分	勤務時間の相談可否 (相談可能・相談不可)	
	勤務時間2 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分	所定労働時間を越える勤務の有無(※) (なし・あり)	
	勤務時間3 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分		
	勤務時間4 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分		
週休制度(※)	(完全週休2日制(4週8休制を含む)・隔週週休2日以上(4週6休制を含む)・その他 _____)			
教員専門分野	教員募集 (募集しない・募集する) 教員募集「する」を選択した方は記入してください。 <input type="checkbox"/> 基礎看護 <input type="checkbox"/> 老年看護 <input type="checkbox"/> 精神看護 <input type="checkbox"/> 成人看護 <input type="checkbox"/> 母性看護 <input type="checkbox"/> 小児看護 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> 家族看護 <input type="checkbox"/> 看護管理 <input type="checkbox"/> 在宅看護			

看護教員を募集する方のみ記入してください。

看護教員条件	職種 (教員・臨床指導者・助手)
看護教員養成講習会の受講経験	(<input type="checkbox"/> こだわらない・希望する) 教員経験年数 (こだわらない・希望する) _____ 年以上
臨床指導者講習会の受講経験	(<input type="checkbox"/> こだわらない・希望する) 臨床経験年数 (こだわらない・希望する) _____ 年以上
必要学位	(<input type="checkbox"/> 準学士) (<input type="checkbox"/> 学士) (<input type="checkbox"/> 修士) (<input type="checkbox"/> 博士)

給与形態(※)	第1希望資格における賃金形態・給与額を記入してください。 総支給額には各種手当1と各種手当2を含めて 下記より1つ選択し、番号を記入してください。 ください。		
賃金形態	1. 月給 2. 日給 3. 時給 5. 年俸 9. その他 (_____)		
給与(総支給額)	_____ ~ _____ 円/年、月、日、時間、回数		
給与(基本給)	_____ ~ _____ 円/年、月、日、時間、回数 昇給 (なし・あり) 業務経験加算 (なし・あり)		
	年間賞与 _____ ケ月		
各種手当1(※)	特殊勤務手当 _____ 円 調整手当 _____ 円 危険手当 _____ 円 管理者手当 _____ 円		
各種手当2(※)	夜勤手当額(準夜勤) _____ 円以上/回 夜勤手当額(当直) _____ 円以上/回 夜勤手当額(深夜勤) _____ 円以上/回 時間外手当額 _____ 円/時間 夜勤手当額(2交替制) _____ 円以上/回 休日出勤手当 (なし・あり)		
各種手当3(※)	通勤手当 _____ 円 家族手当 (なし・あり) 住宅手当 _____ 円		
各種手当4(※)	その他手当 _____ 円 内容 _____		
制度(※)	退職金制度 (なし・あり)	代休制度 (なし・あり)	
その他の求人条件	経験年数、経験内容等を記入してください。		
各種保険制度(※)	雇用保険制度 (なし・あり) 労災保険制度 (なし・あり) 健康保険制度 (なし・あり) 厚生年金制度 (なし・あり) 退職金共済制度 (なし・あり) 共済制度 (なし・あり) 医師国保制度 (なし・あり) その他保険制度 (なし・あり)		
単身宿舎(※)	(なし・あり) 月額 _____ 円	駐車場(※)	(なし・あり) 月額 _____ 円
世帯宿舎(※)	(なし・あり) 月額 _____ 円	保育所(※)	(なし・あり) 月額 _____ 円
公共職業安定所への求人登録	(なし・あり)		
施設のPR/特記事項など			

年齢制限理由 コード表

- 1 新規学卒者等対象
長期勤続によりキャリア形成を図るために新規学卒者などを募集・採用する
- 2 特定年齢層が少なく年齢構成の維持・回復のために必要
特定の年齢層の労働者が少ない場合に、従業員の年齢構成の維持・回復を図るために、特定の年齢層の労働者を募集・採用する
- 3 定年年齢等との関係で必要
定年年齢又は継続雇用の最高雇用年齢との関係で、採用しても、労働者に十分に能力を発揮してもらったり、必要な職業能力が形成される前に退職することとなるような場合に、特定の年齢層以下の者を募集・採用する
- 4 就業規則（賃金関係）の変更を要する
賃金が年齢により決定され、そのことが就業規則に明示されており、年齢にかかわらず一定の賃金で募集すると、採用した場合に就業規則違反となることから、特定の年齢以下の者を募集・採用する
- 5 商品等の特性から業務遂行上必要
取り扱う商品などが特定の年齢層を対象としていることから、顧客との関係で業務が円滑に遂行されるよう特定の年齢層の労働者を募集・採用する
- 6 表現の真実性
芸術・芸能の分野の表現の真実性のために特定の年齢層の者を募集・採用する
- 7 労働災害防止・安全性確保
労働災害の発生状況等から、労働災害の防止や安全性の確保のために特に考慮が必要な業務について、特定の年齢以下の者を募集・採用する
- 8 体力・視力等が業務遂行上不可欠
体力、視力など加齢により一般的に低下する機能が、募集しようとする業務の遂行に不可欠であるため、特定の年齢以下の者を募集・採用する
- 9 中高年齢者に限定
行政機関の施策を踏まえて中高年齢者に限定して募集・採用する
- 10 法令による就業制限
労働基準法等の法令により、特定の年齢層の就業などが禁止又は制限されている業務について、禁止又は制限されている年齢層の者を除いて募集・採用する

求 職 登 録 票

1 / 3

求職番号 _____

太枠内の項目に記入してください。
 (※)は記入必須項目です。
 年数はすべて西暦で記入してください。
 () に該当するものにチェックをつけてください。
 () の中に選択肢があるものは1つ選択し、マルをつけてください。
 _____ は記入欄です。

受付区分 _____

受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 (※)	姓フリガナ _____ 名フリガナ _____		
	姓 _____	名 _____	
性別 (※)	(女性・男性)	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 (※)	〒 _____		
電話番号 (※)	自宅もしくは携帯のいずれか1つは必須となります。		
	自宅	- -	() 日中連絡可能
	携帯	- -	() 日中連絡可能
FAX番号	_____ - _____		
メールアドレス	パソコン (※) _____		
	携帯 _____		

就業状況 (※)	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 _____ 1. 未就業(看護職) 2. 就業者(看護職) 3. 学生(免許未取得) 4. 学生(看護職)
希望時期 (※)	(就職希望時期が未定である・就職希望時期を指定する) _____ 年 _____ 月 から就職を希望する

取得免許 (※)	保健師 (なし・あり・取得予定) 免許番号 _____ 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	助産師 (なし・あり・取得予定) 免許番号 _____ 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	看護師 (なし・あり・取得予定) 免許番号 _____ 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	准看護師 (なし・あり・取得予定) 免許番号 _____ 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	准看護師認定都道府県 _____
資格の有無 (※)	養護教諭 (なし・あり) 介護支援専門員 (なし・あり) 救急救命士 (なし・あり) 自動車運転免許 (なし・あり) 社会福祉士 (なし・あり) その他資格 (なし・あり) その他資格の内容 _____ 認定看護師 (なし・あり) 資格名 _____ 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 専門看護師 (なし・あり) 資格名 _____ 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
講習会受講記録	訪問看護師養成講習会 受講経験 (なし・あり) 受講希望 (希望しない・希望する) 看護力再開講習会 受講経験 (なし・あり) 受講希望 (希望しない・希望する)
看護専門学歴	() 大学院 () 大学 () 看護学校 () 短期大学(専攻科含む) () 専修学校 () 保健師学校 () 助産師学校 () 准看護師学校 () その他 () 高等学校(衛生看護科、5年一貫看護師養成課程・専攻科含む) 看護系大学院 (修士・博士) (修了・在学中) 取得学位 () 準学士 () 学士 () 修士 () 博士

教員専門分野	教員志望 (志望しない・志望する) _____ 看護教員養成講習会の受講経験 (なし・あり) _____ 臨床指導者講習会の受講経験 (なし・あり) _____ () 基礎看護 () 老年看護 () 精神看護 () 成人看護 () 母性看護 () 小児看護 () 地域看護 () 家族看護 () 看護管理 () 在宅看護
--------	--

求 職 登 録 票

2 / 3

求職番号 _____

受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

看護経験職歴	<p>業務経験：(新卒)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">経験年数</th> <th style="width: 20%;">離職年月</th> <th style="width: 30%;">就業中の方は現在の年月を記入してください。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保健師</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>助産師</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>准看護師</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>うち主任経験</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>うち師長経験</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>うち海外経験</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>教務主任経験</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> <tr> <td>教員経験</td> <td>_____年 _____ヶ月</td> <td>_____年 _____月</td> <td>_____年 _____月</td> </tr> </tbody> </table> <p>施設種別 業務経験のある方は選択してください。</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 病院</td> <td><input type="checkbox"/> 診療所</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> デイサービス・デイケアセンター</td> <td><input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム</td> <td><input type="checkbox"/> その他社会福祉施設 (_____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション</td> <td><input type="checkbox"/> 都道府県・保健所</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 市区町村・保健センター</td> <td><input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他居宅介護支援事業所</td> <td><input type="checkbox"/> 会社・事業所</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 健診センター・労働衛生機関</td> <td><input type="checkbox"/> 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 大学</td> <td><input type="checkbox"/> 短期大学(専攻科含む)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高等学校衛生看護科(専攻科含む)</td> <td><input type="checkbox"/> 准看護師学校</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 専修学校</td> <td><input type="checkbox"/> 各種学校</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 救護(イベント等)</td> <td><input type="checkbox"/> 個人(自宅などで看護職を必要としている方)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (_____)</td> <td></td> </tr> </table> <p>経験科目・他 業務経験のある方は選択してください。</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 内科</td> <td><input type="checkbox"/> 心療内科</td> <td><input type="checkbox"/> 精神科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 神経科</td> <td><input type="checkbox"/> 神経内科</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 消化器科</td> <td><input type="checkbox"/> 胃腸科</td> <td><input type="checkbox"/> 循環器科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アレルギー科</td> <td><input type="checkbox"/> リウマチ科</td> <td><input type="checkbox"/> 小児科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 外科</td> <td><input type="checkbox"/> 整形外科</td> <td><input type="checkbox"/> 形成外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 美容外科</td> <td><input type="checkbox"/> 脳神経外科</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心臓血管外科</td> <td><input type="checkbox"/> 小児外科</td> <td><input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 皮膚科</td> <td><input type="checkbox"/> 泌尿器科</td> <td><input type="checkbox"/> 性病科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> こう門科</td> <td><input type="checkbox"/> 産婦人科</td> <td><input type="checkbox"/> 産科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 婦人科</td> <td><input type="checkbox"/> 眼科</td> <td><input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 気管食道科</td> <td><input type="checkbox"/> リハビリテーション科</td> <td><input type="checkbox"/> 放射線科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯科</td> <td><input type="checkbox"/> 矯正歯科</td> <td><input type="checkbox"/> 小児歯科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯科口腔外科</td> <td><input type="checkbox"/> 人工透析科</td> <td><input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック科)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 病理科</td> <td><input type="checkbox"/> 臨床検査科</td> <td><input type="checkbox"/> 漢方科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 核医学科</td> <td><input type="checkbox"/> 救急科</td> <td><input type="checkbox"/> 血液科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 新生児科</td> <td><input type="checkbox"/> 内分泌科</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ICU</td> <td><input type="checkbox"/> CCU</td> <td><input type="checkbox"/> NICU</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 救命救急</td> <td><input type="checkbox"/> 検診</td> <td><input type="checkbox"/> 人間ドック</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 訪問看護</td> <td><input type="checkbox"/> ホスピス</td> <td><input type="checkbox"/> 手術室</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		経験年数	離職年月	就業中の方は現在の年月を記入してください。	保健師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	助産師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	看護師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	准看護師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	うち主任経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	うち師長経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	うち海外経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	教務主任経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	教員経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養)	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケアセンター	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター	<input type="checkbox"/> ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> その他社会福祉施設 (_____)	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 都道府県・保健所	<input type="checkbox"/> 市区町村・保健センター	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園	<input type="checkbox"/> その他居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 会社・事業所	<input type="checkbox"/> 健診センター・労働衛生機関	<input type="checkbox"/> 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)	<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 短期大学(専攻科含む)	<input type="checkbox"/> 高等学校衛生看護科(専攻科含む)	<input type="checkbox"/> 准看護師学校	<input type="checkbox"/> 専修学校	<input type="checkbox"/> 各種学校	<input type="checkbox"/> 救護(イベント等)	<input type="checkbox"/> 個人(自宅などで看護職を必要としている方)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 神経科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 胃腸科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 美容外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 性病科	<input type="checkbox"/> こう門科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 気管食道科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 小児歯科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 人工透析科	<input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック科)	<input type="checkbox"/> 病理科	<input type="checkbox"/> 臨床検査科	<input type="checkbox"/> 漢方科	<input type="checkbox"/> 核医学科	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> 血液科	<input type="checkbox"/> 新生児科	<input type="checkbox"/> 内分泌科	<input type="checkbox"/> 糖尿病科	<input type="checkbox"/> ICU	<input type="checkbox"/> CCU	<input type="checkbox"/> NICU	<input type="checkbox"/> 救命救急	<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> ホスピス	<input type="checkbox"/> 手術室	<input type="checkbox"/> その他		
	経験年数	離職年月	就業中の方は現在の年月を記入してください。																																																																																																																												
保健師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
助産師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
看護師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
准看護師	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
うち主任経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
うち師長経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
うち海外経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
教務主任経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
教員経験	_____年 _____ヶ月	_____年 _____月	_____年 _____月																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養)																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケアセンター	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> その他社会福祉施設 (_____)																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 都道府県・保健所																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 市区町村・保健センター	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> その他居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 会社・事業所																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 健診センター・労働衛生機関	<input type="checkbox"/> 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 短期大学(専攻科含む)																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 高等学校衛生看護科(専攻科含む)	<input type="checkbox"/> 准看護師学校																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 専修学校	<input type="checkbox"/> 各種学校																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 救護(イベント等)	<input type="checkbox"/> 個人(自宅などで看護職を必要としている方)																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> その他 (_____)																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 精神科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 神経科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 胃腸科	<input type="checkbox"/> 循環器科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 小児科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 美容外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 性病科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> こう門科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 産科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 気管食道科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 放射線科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 小児歯科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 人工透析科	<input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック科)																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 病理科	<input type="checkbox"/> 臨床検査科	<input type="checkbox"/> 漢方科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 核医学科	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> 血液科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 新生児科	<input type="checkbox"/> 内分泌科	<input type="checkbox"/> 糖尿病科																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> ICU	<input type="checkbox"/> CCU	<input type="checkbox"/> NICU																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 救命救急	<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 人間ドック																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> ホスピス	<input type="checkbox"/> 手術室																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> その他																																																																																																																															

就職に考慮すべき就学前児童(※)	(いない・いる) _____人
------------------	-------------------

中央ナースセンターのメールマガジン(※)	(配信を希望する・配信を希望しない)
----------------------	----------------------

※1. 上記で記入されたパソコンのメールアドレスに配信します。
 ※2. メールマガジンのパスワードはe-ナースセンターのパスワードに設定されます。

ナースセンターからの情報提供の希望	(希望する・希望しない)
-------------------	----------------

【求職票の記入内容の利用について】

(1) 統計および分析に利用します。

(2) インターネットへの情報公開を希望した場合は、e-ナースセンターで就業希望条件等の内容の一部を検索用のデータとして利用します。
 個人が特定される情報は公開しません。※統計的にデータを処理するために、氏名、住所等は一切公開しません。

(3) 就業促進を目的とする調査にご協力をお願いすることがあります。

(注) 都道府県ナースセンターによっては、求職票の内容を公共職業安定所に連絡する場合がありますのでご了承願います。
 ただし公共職業安定所に自動登録されることはありません。

求 職 登 録 票

3 / 3

求職番号 _____

受付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

就職希望資格(※)	取得している免許から1つ選択し、番号を記入してください。 _____ 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師		
就職希望資格で「准看護師」を選択した場合は、記入してください。			
看護学校(2年課程)への進学希望 (あり・なし) _____			
希望施設(※)	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所	
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養)	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケアセンター	
<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター	<input type="checkbox"/> ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> その他社会福祉施設	(_____)
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 都道府県・保健所	<input type="checkbox"/> 市区町村・保健センター	
<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園	<input type="checkbox"/> その他居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 会社・事業所	
<input type="checkbox"/> 健診センター・労働衛生機関	<input type="checkbox"/> 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)	<input type="checkbox"/> 大学	
<input type="checkbox"/> 短期大学(専攻科含む)	<input type="checkbox"/> 高等学校衛生看護科(専攻科含む)	<input type="checkbox"/> 准看護師学校	
<input type="checkbox"/> 専修学校	<input type="checkbox"/> 各種学校	<input type="checkbox"/> 看護(イベント等)	
<input type="checkbox"/> 個人(自宅などで看護職を必要としている方)		<input type="checkbox"/> その他	(_____)
希望施設で「病院」を選択した場合は、希望する病院の規模を選んでください。 病院の規模 (500床以上・499~200床・199~20床)			
希望施設で「診療所」を選択した場合は、希望する診療所の規模を選んでください。 診療所の規模 (19~1床・無床)			
希望業務内容(※)	<input type="checkbox"/> 病棟看護	<input type="checkbox"/> 外来看護	<input type="checkbox"/> 手術室看護
<input type="checkbox"/> ICU(集中治療室)	<input type="checkbox"/> CCU(冠疾患集中治療室)	<input type="checkbox"/> NICU(未熟児室)	
<input type="checkbox"/> 救命救急	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> ホスピス	
<input type="checkbox"/> 相談・指導	<input type="checkbox"/> 施設看護(社会福祉施設)	<input type="checkbox"/> 看護管理	
<input type="checkbox"/> 地域保健	<input type="checkbox"/> 健康管理(学校保健室/企業・大学の健康管理室/有料老人ホーム/保育園など)	<input type="checkbox"/> 看護管理	
<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 救護(イベント)	<input type="checkbox"/> 旅行添乗	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> ケアマネージメント	<input type="checkbox"/> 介護(入浴介助など)	
<input type="checkbox"/> 教育	<input type="checkbox"/> 臨床実習指導	<input type="checkbox"/> 通信添削指導員	
<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 研究・開発	<input type="checkbox"/> 広報・企画	
<input type="checkbox"/> 営業・販売	<input type="checkbox"/> 事務	<input type="checkbox"/> その他	
業務内容で「病棟看護」、「外来看護」を選択した場合のみ記入してください。			
希望看護領域	<input type="checkbox"/> 内科系	<input type="checkbox"/> 外科系	<input type="checkbox"/> 母性
<input type="checkbox"/> 小児	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 老人	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> その他	
派遣希望の種類(※)	(こだわらない・希望しない・一般派遣・紹介予定派遣)		
雇用形態(※)	(常勤(正職員)・非常勤(嘱託含む)・臨時雇用(1ヶ月未満))		
勤務形態(※)	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 _____ 1. 交替制(3交替、2交替、変則交替、当直を含む) 2. 日勤のみ 3. 夜勤のみ 0. こだわらない		
勤務形態で「日勤のみ」または「夜勤のみ」を選択した場合は記入してください。			
勤務曜日	月曜 <input type="checkbox"/>	火曜 <input type="checkbox"/>	水曜 <input type="checkbox"/>
	木曜 <input type="checkbox"/>	金曜 <input type="checkbox"/>	土曜 <input type="checkbox"/>
	日曜 <input type="checkbox"/>	祝日 <input type="checkbox"/>	
勤務形態で「日勤のみ」または「夜勤のみ」を選択した場合は記入してください。			
勤務時間	勤務時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分		
希望給与(※)	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 _____ 賃金形態 1. 月給 2. 日給 3. 時給 5. 年俸 9. その他 給与額 _____ 円/年、月、日、時間、回数		
希望週休(※)	下記より1つ選択し、番号を記入してください。 _____ 1. 完全週休2日制(4週3休制を含む) 2. 隔週週休2日以上(4週6休制を含む) 3. その他 _____		
希望福利設備(※)	宿舎 (希望しない・単身宿舎・世帯宿舎) (無料のみ・有料でも可) _____ 円 ~ _____ 円 保育所 (希望しない・希望する) 駐車場 (希望しない・希望する)		
就職の際に重視する条件(※)	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 勤務時間	<input type="checkbox"/> 通勤時間
<input type="checkbox"/> 保育施設	<input type="checkbox"/> 看護内容	<input type="checkbox"/> 休暇	<input type="checkbox"/> 宿舎・寮
<input type="checkbox"/> その他			
退職(したい)理由	<input type="checkbox"/> 勤め先側の理由	<input type="checkbox"/> 契約期間満了	<input type="checkbox"/> 結婚
<input type="checkbox"/> 出産・育児・子供の為	<input type="checkbox"/> 配偶者の転勤	<input type="checkbox"/> 健康上の理由	<input type="checkbox"/> 老親の世話・家族の介護
<input type="checkbox"/> 家事と両立しない	<input type="checkbox"/> 健康上の理由	<input type="checkbox"/> 人間関係	<input type="checkbox"/> 人間関係
<input type="checkbox"/> 看護内容への不満	<input type="checkbox"/> 賃金への不満	<input type="checkbox"/> 労働時間への不満	<input type="checkbox"/> 労働時間への不満
<input type="checkbox"/> 夜勤回数への不満	<input type="checkbox"/> 自分の適性・能力への不安	<input type="checkbox"/> 定年退職	<input type="checkbox"/> 定年退職
<input type="checkbox"/> 他分野への興味	<input type="checkbox"/> 進学	<input type="checkbox"/> 残業量が多い	<input type="checkbox"/> 残業量が多い
<input type="checkbox"/> 福利厚生がない	<input type="checkbox"/> 継続教育がない	<input type="checkbox"/> 休みがとれない	<input type="checkbox"/> 休みがとれない
<input type="checkbox"/> Uターンのため	<input type="checkbox"/> 通勤困難	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 転居
<input type="checkbox"/> その他			
インターネットへの情報公開(※)	(希望しない・希望する)	公共職業安定所への求職登録(※)	(なし・あり)
自己PR			希望勤務地 _____

プライバシーポリシー

中央ナースセンターと都道府県ナースセンター(以下ナースセンターといいます。)は共同体として利用者のプライバシーを尊重し、個人情報の保護に最大限努力して参ります。

1. ナースセンターでは、個人情報を以下の対応への目的で利用いたします。
 1. 職業紹介業務のため
 2. 「ナースセンターだより」等の冊子を送付するため
 3. アンケート用紙・調査票を送付するため
2. ナースセンターは個人情報への紛失、破壊、改ざん、漏えい、不正アクセスなどが生じないようにセキュリティ対策を講じて適正に管理します。
3. ナースセンターは利用者のご同意がない限り、個人情報を第三者に開示や提供をいたしません。
4. ナースセンターは個人情報の取扱いを外部に委託する場合は適正な取扱いを確保するための契約締結、実施状況の点検などを行います。
5. ナースセンターは本人が自己の個人情報について開示、訂正、利用停止および削除等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求がある場合には速やかに対応します。
6. ナースセンターは個人情報保護法などの法令・その他規範・ガイドラインを遵守します。
7. ナースセンターは個人情報保護に関する規程類を整備し、継続した改善を行っていきます。

問い合わせ窓口

〒150-0001
東京都渋谷区神宮前5-8-2
社団法人 日本看護協会 中央ナースセンター
電話番号:03-5778-8561
FAX番号:03-5778-5602
e-mail:webmaster@nurse-center.net