

# 平成 30 年度 求人・求職登録票

求人登録票（常勤・非常勤）

求人登録票（臨時雇用）

求職登録票



求人番号 S \_\_\_\_\_

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 ( )は複数回答を意味します。該当するものすべてにチェックをつけてください。  
 選択肢に番号があるものは単数回答を意味します。1つのみを選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_は記入欄です。

## I 施設情報

採用施設名(※)	フリガナ _____
採用施設住所(※)	〒 _____
採用担当者名(※)	フリガナ _____ 氏名 _____
採用担当部署(※)	
電話番号(※)	
FAX番号	
メールアドレス(※)	
ホームページアドレス	
派遣事業者の該当(※)	1. 該当しない 2. 派遣事業者 労働者派遣事業許可番号 _____
一言PR	

公共職業安定所への求人登録(※)	1. なし 2. あり
------------------	-------------

勤務先施設名(※)	フリガナ _____																																
<input type="checkbox"/> 採用施設と同じ																																	
勤務先施設住所(※)	〒 _____																																
<input type="checkbox"/> 採用施設と同じ																																	
勤務地までの通勤手段	最寄駅 _____ 線 _____ 駅 最寄駅からの 最寄駅からの交通手段 ( ) 停留所 _____ 所要時間 _____ 分																																
開設者	<table border="0"> <tr> <td>01. 厚生労働省</td> <td>02. 独立行政法人国立病院機構</td> <td>03. 国立大学法人</td> <td>04. 独立行政法人労働者健康安全機構</td> </tr> <tr> <td>05. 国立高度専門医療研究センター</td> <td>06. 独立行政法人 地域医療機能推進機構</td> <td>07. 国(その他)</td> <td>08. 都道府県</td> </tr> <tr> <td>09. 市町村</td> <td>10. 地方独立行政法人</td> <td>11. 日本赤十字社</td> <td>12. 済生会</td> </tr> <tr> <td>13. 北海道社会事業協会</td> <td>14. 全国厚生農業協同組合連合会</td> <td>15. 国民健康保険団体連合会</td> <td>16. 健康保険組合及びその連合会</td> </tr> <tr> <td>17. 共済組合及びその連合会</td> <td>18. 国民健康保険組合</td> <td>19. 公益法人</td> <td>20. 医療法人</td> </tr> <tr> <td>21. 私立学校法人</td> <td>22. 社会福祉法人</td> <td>23. 医療生協</td> <td>24. 会社</td> </tr> <tr> <td>25. その他の法人</td> <td>26. 個人</td> <td>27. 医師会</td> <td>28. ボランティア団体</td> </tr> <tr> <td>29. NPO法人</td> <td>30. その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	01. 厚生労働省	02. 独立行政法人国立病院機構	03. 国立大学法人	04. 独立行政法人労働者健康安全機構	05. 国立高度専門医療研究センター	06. 独立行政法人 地域医療機能推進機構	07. 国(その他)	08. 都道府県	09. 市町村	10. 地方独立行政法人	11. 日本赤十字社	12. 済生会	13. 北海道社会事業協会	14. 全国厚生農業協同組合連合会	15. 国民健康保険団体連合会	16. 健康保険組合及びその連合会	17. 共済組合及びその連合会	18. 国民健康保険組合	19. 公益法人	20. 医療法人	21. 私立学校法人	22. 社会福祉法人	23. 医療生協	24. 会社	25. その他の法人	26. 個人	27. 医師会	28. ボランティア団体	29. NPO法人	30. その他		
01. 厚生労働省	02. 独立行政法人国立病院機構	03. 国立大学法人	04. 独立行政法人労働者健康安全機構																														
05. 国立高度専門医療研究センター	06. 独立行政法人 地域医療機能推進機構	07. 国(その他)	08. 都道府県																														
09. 市町村	10. 地方独立行政法人	11. 日本赤十字社	12. 済生会																														
13. 北海道社会事業協会	14. 全国厚生農業協同組合連合会	15. 国民健康保険団体連合会	16. 健康保険組合及びその連合会																														
17. 共済組合及びその連合会	18. 国民健康保険組合	19. 公益法人	20. 医療法人																														
21. 私立学校法人	22. 社会福祉法人	23. 医療生協	24. 会社																														
25. その他の法人	26. 個人	27. 医師会	28. ボランティア団体																														
29. NPO法人	30. その他																																

施設種別(※)	◎個人にチェックした方は、当サイト上で、求人者個人を特定できるような情報は掲載されません。		
01. 病院(500床以上)	02. 病院(499~200床)	03. 病院(199~20床)	
04. 診療所(有床)	05. 診療所(無床)	06. 助産所	
07. 介護老人保健施設	08. 介護医療院(I型)	09. 介護医療院(II型)	
10. 介護老人福祉施設(特養)	11. デイサービス・デイケアセンター	12. 在宅介護支援センター	
13. ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム	14. その他社会福祉施設	15. 地域包括支援センター	
16. 訪問看護ステーション	17. 訪問看護ステーション (看護小規模多機能型居宅介護事業所併設)	18. その他居宅介護支援事業所	
19. 都道府県・保健所	20. 市区町村・保健センター	21. 保育所・幼稚園	
22. 会社・事業所	23. 健診センター・労働衛生機関	24. 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)	
25. 学校・養成所等	26. 救護(イベント等)	27. 個人(自宅などで看護職を 必要としている方)	
28. その他			

営業曜日	( )月曜日 ( )火曜日 ( )水曜日 ( )木曜日 ( )金曜日 ( )土曜日 ( )日曜日 ( )祝祭日
職員数	常勤 看護職 _____人 医師 _____人 その他医療従事者 _____人 その他 _____人 非常勤 看護職 _____人 医師 _____人 その他医療従事者 _____人 その他 _____人

施設種別で「病院」または「診療所(有床)」を選択した方は以下の項目を記入してください。

許可病床数	一般病床数 _____床 療養病床数 _____床 結核病床数 _____床 精神病床数 _____床 感染症病床数 _____床 合計数 _____床
入院基本料	急性期一般入院料 1・2・3・4・5・6・7 地域一般入院料 1・2・3 療養病棟入院料 1・2 結核病棟 _____対1 精神病棟 _____対1

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	1. 特定機能病院(大学病院、高機能病院など)	2. 地域医療支援病院
	3. 一般病院	
	( ) 主として精神医療を行う病院	( ) 主として難病・重度障害児(者)医療を行う病院
	( ) 主としてリハビリテーション医療を行う病院	( ) 主として長期療養に対応する病院

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	1. 一般診療業務を行う診療所	2. 産科診療所
	3. 歯科診療所	4. 相談・指導業務を専らとする診療所
	5. 採血・供血を専らとする診療所	6. 健診業務を専らとする診療所
	7. 検査業務を専らとする診療所	8. 主として人工透析を行っている診療所
		9. 休日夜間救急センター

施設種別で「病院」または「診療所(有床・無床)」を選択した方は以下の項目を記入してください。

診療科目・他	
--------	--

施設種別で「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」「その他社会福祉施設」を選択した方は以下の項目を記入してください。

定員数	_____ 人
-----	---------

施設種別で「学校・養成所等」を選択した方は以下の項目を記入してください。

課程区分	( ) 保健師課程	( ) 助産師課程	( ) 看護師3年課程(全日制)
	( ) 看護師3年課程(定時制)	( ) 看護師2年課程(全日制※専攻科含む)	( ) 看護師2年課程(定時制)
	( ) 看護師2年課程(通信制)	( ) 看護師5年一貫教育校 (高等学校・専攻科)	( ) 准看護師課程高等学校衛生看護科
	( ) 准看護師養成所	( ) 看護系大学院修士課程	( ) 看護系大学院博士課程
	( ) 看護系以外の課程	( ) 看護大学	

就業支援体制	施設見学 ( 1. なし 2. あり )	インターンシップ ( 1. なし 2. あり )	再就業支援研修 ( 1. なし 2. あり )
勤務先施設のPR/特記事項など			

宿舎	1. なし 2. あり ( ) 単身 ( ) 世帯
駐車場	1. なし 2. あり
キャリアアップ支援	認定看護資格取得支援 ( 1. なし 2. あり ) 外部研修への補助 ( 1. なし 2. あり ) 勉学休職制度 ( 1. なし 2. あり ) 2年課程進学者・希望者への支援 ( 1. なし 2. あり )
子育てと仕事の両立支援	育児休業 ( 1. 法定内 2. 法定外 _____ 歳まで ) 育児短時間勤務制度 ( 1. 法定内 2. 法定外 _____ 歳まで ) 夜勤の減免 ( 1. 法定の深夜業制限 2. 1. をこえる減免 ) 超過勤務の減免 ( 1. 免除 2. 法定内の制限 ) 看護休暇 ( 1. 法定内 2. 法定以上 ) 保育所 ( 1. なし 2. 院内 3. 委託 4. その他 ) ◎保育所がある場合は、以下内容を記入してください。 夜間保育 ( 1. なし 2. あり ) 病児保育 ( 1. なし 2. あり ) 幼稚園との二重保育 ( 1. なし 2. あり ) 学童保育 ( 1. なし 2. 院内 3. 委託 4. その他 ) その他 _____
介護と仕事の両立支援	介護休業 ( 1. 法定内 2. 法定外 _____ 日まで ) 夜勤の減免 ( 1. 法定の深夜業制限 2. 1. をこえる減免 ) 超過勤務の減免 ( 1. 免除 2. 法定内の制限 ) 介護休暇 ( 1. 法定内 2. 法定以上 ) 短時間勤務制度 ( 1. なし 2. あり ) フレックスタイム制 ( 1. なし 2. あり ) 時差出勤制 ( 1. なし 2. あり ) 介護費用の助成 ( 1. なし 2. あり ) その他 _____
制度	短時間正職員制度 ( 1. なし 2. あり ) 正職員への登用制度 ( 1. なし 2. あり )
多様な勤務形態等	

II 求人情報

雇用形態(※)	1. 常勤(期間に定めのない雇用) ( ) 正規の雇用 ( ) 正規以外の雇用
	2. 非常勤(期間に定めのある1ヵ月以上の雇用)
派遣求人の種類(※)	1. 該当しない 2. 紹介予定派遣 3. 紹介予定以外の派遣

雇用形態で「常勤」を選択した方は以下の項目を記入してください。

就業時期(※)	(西暦) _____ 年 _____ 月から
---------	------------------------

雇用形態で「非常勤」を選択した方は以下の項目を記入してください。

雇用期間(※)	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日から (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
雇用日数	_____ 日間

希望資格 (第1希望は※)	第1希望 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	認定看護師 ( 1. こだわらない 2. 希望する ) 認定看護師としての手当 (1. なし 2. あり) _____ 円以上/月 分野 ( ) 救急看護 ( ) 皮膚・排泄ケア ( ) 集中ケア ( ) 緩和ケア ( ) がん化学療法看護 ( ) がん性疼痛看護 ( ) 訪問看護 ( ) 感染管理 ( ) 糖尿病看護 ( ) 不妊症看護 ( ) 新生児集中ケア ( ) 透析看護 ( ) 手術看護 ( ) 乳がん看護 ( ) 摂食・嚥下障害看護 ( ) 小児救急看護 ( ) 認知症看護 ( ) 脳卒中 ( ) がん放射線療法看護 リハビリテーション看護 ( ) 慢性呼吸器疾患看護 ( ) 慢性心不全看護 専門看護師 ( 1. こだわらない 2. 希望する ) 専門看護師としての手当 (1. なし 2. あり) _____ 円以上/月 分野 ( ) がん看護 ( ) 精神看護 ( ) 地域看護 ( ) 老人看護 ( ) 小児看護 ( ) 母性看護 ( ) 慢性疾患看護 ( ) 急性・重症患者看護 ( ) 感染症看護 ( ) 家族支援 ( ) 在宅看護 ( ) 遺伝看護 ( ) 災害看護 認定看護管理者 ( 1. こだわらない 2. 希望する ) 認定看護管理者としての手当 (1. なし 2. あり) _____ 円以上/月 その他 _____

希望職位	1. スタッフ 2. 主任 3. 師長 4. 副看護部長 5. 看護部長 主任経験 _____ 年以上 師長経験 _____ 年以上 副看護部長経験 _____ 年以上 看護部長経験 _____ 年以上
------	---

希望業務経験	経験区分 ( 1. こだわらない 2. 新卒のみ募集 3. 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
--------	---

業務内容(※)	( ) 病棟看護 ( ) 外来看護 ( ) 手術室看護
	( ) ICU(集中治療室) ( ) CCU(冠疾患集中治療室) ( ) NICU(新生児集中治療室)
	( ) MFICU(母体・胎児集中治療室) ( ) 助産業務(分娩助産を主とする助産ケア) ( ) 救命救急
	( ) 人工透析 ( ) 緩和ケア ( ) 相談・指導
	( ) 退院調整 ( ) 医療安全担当 ( ) 看護管理
	( ) 訪問看護 ( ) ケアマネジメント ( ) 介護施設等での看護
	( ) 地域保健 ( ) 健康管理(学校保健室/企業・大学の健康管理室/保育園など)
	( ) 検診 ( ) 救護(イベント) ( ) 旅行添乗
	( ) 教育 ( ) 臨床実習指導 ( ) 通信添削指導員
	( ) 治験 ( ) 研究・開発 ( ) 広報・企画
( ) 営業・販売 ( ) 事務 ( ) その他 _____	

募集人数(※)	_____ 人
---------	---------

試用期間の有無(※)	1. なし 2. あり
------------	-------------

試用期間の有無で「試用期間あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。(試用期間ありの場合、必須記入)

試用期間(※)	最大 _____ ヶ月間
---------	--------------

試用期間中の労働条件(※)	1. 本採用と同じ 2. 本採用とは異なる
---------------	-----------------------

「本採用とは異なる」を選択した方は、具体的な内容を全て記入して下さい(※)

--

その他雇用上的特記事項	
-------------	--

勤務形態(※)	1. 3交代制(変則を含む)	2. 2交代制(変則を含む)	5. 2部制(早番+遅番)
	3. 日勤+当直	4. 日勤+オンコール	8. 裁量労働制
	6. 日勤のみ	7. 夜勤のみ	
	9. その他 _____		
	月平均夜勤回数(3交代) _____ 回	月平均夜勤回数(2交代) _____ 回	
	月平均オンコール回数 _____ 回		
	準夜勤 _____ 人	深夜勤 _____ 人	2交代勤務夜勤 _____ 人
	当直 _____ 人		

勤務曜日・時間の相談可否	1. 可能	2. 不可	
勤務曜日	( )月曜日 ( )火曜日 ( )水曜日 ( )木曜日 ( )金曜日 ( )土曜日 ( )日曜日 ( )祝祭日		
勤務時間(※)	勤務時間1 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分	
	勤務時間2 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分	
	勤務時間3 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分	
	勤務時間4 _____ ~ _____	休憩時間 _____ 分	
所定労働時間を越える勤務の有無(※)	1. なし	2. あり 月平均超過時間 _____ 時間	
週休制度(※)	1. 完全週休2日制(4週に8日の休日)	2. 月3回週休2日制(4週に7日の休日)	3. 月2回週休2日制(4週に6日の休日)
	4. 月1回週休2日制(4週に5日の休日)	5. 週休1日半制(土曜日等の半日勤務)	6. 週休1日制
	7. その他 _____		
年間休日総数	_____ 日		
有給休暇	6ヵ月経過後の年次有給休暇付与日数 _____ 日		
休暇制度・勤務上の特記事項			

賃金形態(※)	◎第1希望資格の賃金形態・給与額を記入してください。				
	1. 月給	2. 日給	3. 時給	4. 年俸	5. その他 _____
給与(基本給)(※)	_____ ~ _____ 円/年、月、日、時間、回数				
給与(総支給額)(※)	◎総支給額には各種手当を含めてください。				
	_____ ~ _____ 円/年、月、日、時間、回数				

固定残業代の有無(※)	1. なし	2. あり
-------------	-------	-------

固定残業代の有無で「固定残業代あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。(固定残業代ありの場合、必須記入)

固定残業代(※)	固定残業代を含む残業時間 _____ 時間分	固定残業代 _____ ~ _____
	固定残業代を含む残業時間を超過した場合の残業代・割増賃金等の支給詳細	
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
	休日出勤、深夜勤務等の残業代・割増賃金等の支給詳細	
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
	その他特記事項等	
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	

各種手当1(※)	◎希望勤務形態に応じた手当を記入してください。	
	夜勤手当額(準夜勤) _____ 円以上/回	夜勤手当額(深夜勤) _____ 円以上/回
	夜勤手当額(2交代制) _____ 円以上/回	夜勤手当額(当直/オンコール) _____ 円以上/回
	時間外手当 (1. 法定内 2. 法定以上)	休日出勤手当 (1. 法定内 2. 法定以上)
	通勤手当 (1. なし 2. あり)	
各種手当2	その他手当 _____ 円	内容 _____
昇給	1. なし 2. あり	
経験年数の賃金評価	1. なし 2. あり	
年間賞与	1. なし 2. あり	
制度	退職金制度 (1. なし 2. あり)	人事考課制度 (1. なし 2. あり)
	その他 (1. なし 2. あり _____)	
各種保険制度(※)	雇用保険制度 (1. なし 2. あり)	労災保険制度 (1. なし 2. あり)
	健康保険制度 (1. なし 2. あり)	厚生年金制度 (1. なし 2. あり)
	その他保険制度 (1. なし 2. あり)	イベント保険 (1. なし 2. あり)
給与の特記事項		

教員募集の方は以下の項目を記入してください。

教員専門分野	( ) 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
教員職種	1. 教員 2. 臨地実習指導者 3. その他
看護教員養成講習会の受講経験	1. こだわらない 2. 希望する
教員経験年数	1. こだわらない 2. 希望する _____ 年以上
臨床指導者講習会の受講経験	1. こだわらない 2. 希望する
臨床経験年数	1. こだわらない 2. 希望する _____ 年以上
必要とする資格	( ) 認定看護師 ( ) 専門看護師 ( ) 認定看護管理者 ( ) その他 _____
必要学位	( ) 短期大学士・準学士 ( ) 学士 ( ) 修士 ( ) 博士

選考方法(※)	◎該当する選考方法を、全て選択・記入して下さい。 ( ) 面接 ( ) 書類選考 ( ) 筆記試験 ( ) その他 _____
選考結果通知(※)	_____ 日以内に通知
選考結果の通知方法(※)	( ) 郵送 ( ) 電話 ( ) メール ( ) その他 _____
採用決定時の労働条件通知(※)	( ) 採用日までに通知する
応募書類の返戻(※)	1. 求職者へ返戻 2. 求人施設の責任にて破棄（返戻なし）
選考に関する特記事項	

## 求人番号 S

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 ( )は複数回答を意味します。  
 該当するものすべてにチェックをつけてください。  
 選択肢に番号があるものは単数回答を意味します。  
 1つのみを選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_ は記入欄です。

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## I 施設情報

雇用形態(※)	3. 臨時雇用(期間が1ヵ月未満の雇用)																																		
派遣求人の種類(※)	1. 該当しない      2. 紹介予定派遣      3. 紹介予定以外の派遣																																		
雇用期間(※)	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日から	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	雇用日数(※) _____ 日間																																
採用施設名(※)	フリガナ _____																																		
採用施設住所(※)	〒 _____																																		
採用担当者名(※)	フリガナ _____ 氏名 _____																																		
採用担当部署(※)																																			
電話番号(※)																																			
FAX番号																																			
メールアドレス(※)																																			
ホームページアドレス																																			
派遣事業者の該当(※)	1. 該当しない      2. 派遣事業者      労働者派遣事業許可番号 _____																																		
一言PR																																			
公共職業安定所への求人登録(※)	1. なし      2. あり																																		
勤務先施設名(※)	フリガナ _____																																		
<input type="checkbox"/> 採用施設と同じ																																			
勤務先施設住所(※)	〒 _____																																		
<input type="checkbox"/> 採用施設と同じ																																			
勤務地までの通勤手段	最寄駅 _____ 線 _____ 駅 最寄駅からの交通手段 ( ) 停留所 _____ 分																																		
開設者	<table border="0"> <tr> <td>01. 厚生労働省</td> <td>02. 独立行政法人国立病院機構</td> <td>03. 国立大学法人</td> <td>04. 独立行政法人 労働者健康安全機構</td> </tr> <tr> <td>05. 国立高度専門医療研究センター</td> <td>06. 独立行政法人 地域医療機能推進機構</td> <td>07. 国(その他)</td> <td>08. 都道府県</td> </tr> <tr> <td>09. 市町村</td> <td>10. 地方独立行政法人</td> <td>11. 日本赤十字社</td> <td>12. 済生会</td> </tr> <tr> <td>13. 北海道社会事業協会</td> <td>14. 全国厚生農業協同組合連合会</td> <td>15. 国民健康保険 団体連合会</td> <td>16. 健康保険組合 及びその連合会</td> </tr> <tr> <td>17. 共済組合及びその連合会</td> <td>18. 国民健康保険組合</td> <td>19. 公益法人</td> <td>20. 医療法人</td> </tr> <tr> <td>21. 私立学校法人</td> <td>22. 社会福祉法人</td> <td>23. 医療生協</td> <td>24. 会社</td> </tr> <tr> <td>25. その他の法人</td> <td>26. 個人</td> <td>27. 医師会</td> <td>28. ボランティア団体</td> </tr> <tr> <td>29. NPO法人</td> <td>30. その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			01. 厚生労働省	02. 独立行政法人国立病院機構	03. 国立大学法人	04. 独立行政法人 労働者健康安全機構	05. 国立高度専門医療研究センター	06. 独立行政法人 地域医療機能推進機構	07. 国(その他)	08. 都道府県	09. 市町村	10. 地方独立行政法人	11. 日本赤十字社	12. 済生会	13. 北海道社会事業協会	14. 全国厚生農業協同組合連合会	15. 国民健康保険 団体連合会	16. 健康保険組合 及びその連合会	17. 共済組合及びその連合会	18. 国民健康保険組合	19. 公益法人	20. 医療法人	21. 私立学校法人	22. 社会福祉法人	23. 医療生協	24. 会社	25. その他の法人	26. 個人	27. 医師会	28. ボランティア団体	29. NPO法人	30. その他		
01. 厚生労働省	02. 独立行政法人国立病院機構	03. 国立大学法人	04. 独立行政法人 労働者健康安全機構																																
05. 国立高度専門医療研究センター	06. 独立行政法人 地域医療機能推進機構	07. 国(その他)	08. 都道府県																																
09. 市町村	10. 地方独立行政法人	11. 日本赤十字社	12. 済生会																																
13. 北海道社会事業協会	14. 全国厚生農業協同組合連合会	15. 国民健康保険 団体連合会	16. 健康保険組合 及びその連合会																																
17. 共済組合及びその連合会	18. 国民健康保険組合	19. 公益法人	20. 医療法人																																
21. 私立学校法人	22. 社会福祉法人	23. 医療生協	24. 会社																																
25. その他の法人	26. 個人	27. 医師会	28. ボランティア団体																																
29. NPO法人	30. その他																																		
施設種別(※)	◎個人にチェックした方は、当サイト上で、求人者個人を特定できるような情報は掲載されません。																																		
01. 病院(500床以上)	02. 病院(499~200床)	03. 病院(199~20床)																																	
04. 診療所(有床)	05. 診療所(無床)	06. 助産所																																	
07. 介護老人保健施設	08. 介護医療院(I型)	09. 介護医療院(II型)																																	
10. 介護老人福祉施設(特養)	11. デイサービス・デイケアセンター	12. 在宅介護支援センター																																	
13. ケアハウス・グループホーム・老人ホーム	14. その他社会福祉施設	15. 地域包括支援センター																																	
16. 訪問看護ステーション	17. 訪問看護ステーション (看護小規模多機能型居宅介護事業所併設)	18. その他居宅介護支援事業所																																	
19. 都道府県・保健所	20. 市区町村・保健センター	21. 保育所・幼稚園																																	
22. 会社・事業所	23. 健診センター・労働衛生機関	24. 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)																																	
25. 学校・養成所等	26. 救護(イベント等)	27. 個人(自宅などで看護職を必要としている方)																																	
28. その他																																			



II 求人情報

希望資格 (第1希望は※)	第1希望 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
希望業務経験	経験区分 ( 1. こだわらない 2. 新卒のみ募集 3. 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
業務内容(※)	( ) 病棟看護 ( ) 外来看護 ( ) 手術室看護
	( ) ICU(集中治療室) ( ) CCU(冠疾患集中治療室) ( ) NICU(新生児集中治療室)
	( ) MFICU(母体・胎児集中治療室) ( ) 助産業務(分娩介助を主とする助産ケア) ( ) 救命救急
	( ) 人工透析 ( ) 緩和ケア ( ) 相談・指導
	( ) 退院調整 ( ) 医療安全担当 ( ) 看護管理
	( ) 訪問看護 ( ) ケアマネジメント ( ) 介護施設等での看護
	( ) 地域保健 ( ) 健康管理(学校保健室/企業・大学の健康管理室/保育園など)
	( ) 検診 ( ) 救護(イベント) ( ) 旅行添乗
	( ) 教育 ( ) 臨床実習指導 ( ) 通信添削指導員
	( ) 治験 ( ) 研究・開発 ( ) 広報・企画
( ) 営業・販売 ( ) 事務 ( ) その他 _____	
募集人数(※)	_____ 人

試用期間の有無(※)	1. なし 2. あり
------------	-------------

試用期間の有無で「試用期間あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。(試用期間ありの場合、必須記入)

試用期間(※)	最大 _____ 日間
試用期間中の労働条件(※)	1. 本採用と同じ 2. 本採用とは異なる
「本採用と異なる」を選択した方は、具体的な内容を全て記入して下さい(※)	

その他雇用上的特記事項	
-------------	--

勤務形態(※)	1. 3交代制 (変則を含む)      2. 2交代制 (変則を含む) 3. 日勤+当直                      4. 日勤+オンコール              5. 2部制 (早番+遅番) 6. 日勤のみ                        7. 夜勤のみ                        8. 裁量労働制 9. その他 _____
勤務時間(※)	勤務時間1 _____ ~ _____ 休憩時間 _____ 分 勤務時間2 _____ ~ _____ 休憩時間 _____ 分 勤務時間3 _____ ~ _____ 休憩時間 _____ 分
	勤務曜日・時間の相談可否      1. 可能    2. 不可 所定労働時間を越える勤務の有無(※)      _____ 1. なし    2. あり 月平均超過時間 _____ 時間

賃金形態(※)	◎第1希望資格の賃金形態・給与額を記入してください。 1. 日給    2. 時給    3. その他 _____		
給与(基本給)(※)	_____ ~ _____ 円/日、時間、回数	経験年数の賃金評価	1. なし    2. あり
給与(総支給額)(※)	_____ ~ _____ 円/日、時間、回数	◎総支給額には各種手当を含めてください。	
固定残業代の有無(※)	1. なし    2. あり		

固定残業代の有無で「固定残業代あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。(固定残業代ありの場合、必須記入)

固定残業代(※)	固定残業代に含む残業時間 _____ 時間分      固定残業代 _____ ~ _____ 固定残業代に含む残業時間を超過した場合の残業代・割増賃金等の支給詳細 _____ 休日出勤、深夜勤務等の残業代・割増賃金等の支給詳細 _____ その他特記事項等 _____
----------	---

各種手当	その他手当 _____ 円      内容 _____
各種保険制度(※)	雇用保険制度    ( 1. なし    2. あり )      労災保険制度    ( 1. なし    2. あり ) 健康保険制度    ( 1. なし    2. あり )      厚生年金制度    ( 1. なし    2. あり ) その他保険制度 ( 1. なし    2. あり )      イベント保険    ( 1. なし    2. あり )
給与の特記事項	

選考方法(※)	◎該当する選考方法を、全て選択・記入して下さい。 ( ) 面接    ( ) 書類選考    ( ) 筆記試験    ( ) その他 _____
選考結果通知(※)	_____ 日以内に通知
選考結果の通知方法(※)	( ) 郵送    ( ) 電話    ( ) メール    ( ) その他 _____
採用決定時の労働条件通知(※)	( ) 採用日までに通知する
応募書類の返戻(※)	1. 求職者へ返戻    2. 求人施設の責任にて破棄 (返戻なし)
選考に関する特記事項	

求職番号 K

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 ( )は複数回答を意味します。該当するものすべてにチェックをつけてください。  
 選択肢に番号があるものは単数回答を意味します。1つのみを選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_ は記入欄です。

## I 看護職情報

氏名(※)	フリガナ _____ 姓 _____	フリガナ _____ 名 _____
性別(※)	1. 女性 2. 男性	生年月日(※) _____ (西暦) 年 _____ 月 _____ 日
住所(※)	〒 _____	
電話番号(※)	- -	◎日中連絡可能な電話番号を記載してください。
電話番号	- -	
FAX番号	- -	
メールアドレス(※)	1. PC 2. 携帯電話	
メールアドレス	1. PC 2. 携帯電話	
取得免許(※)	保健師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 助産師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 看護師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 准看護師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ 取得都道府県 _____ )	
認定・専門看護職資格	認定看護師 (1. なし 2. あり) 分野 ( ) 救急看護 ( ) 皮膚・排泄ケア ( ) 集中ケア ( ) 緩和ケア ( ) がん化学療法看護 ( ) がん性疼痛看護 ( ) 訪問看護 ( ) 感染管理 ( ) 糖尿病看護 ( ) 不妊症看護 ( ) 新生児集中ケア ( ) 透析看護 ( ) 手術看護 ( ) 乳がん看護 ( ) 摂食・嚥下障害看護 ( ) 小児救急看護 ( ) 認知症看護 ( ) 脳卒中リハビリテーション看護 ( ) がん放射線療法看護 ( ) 慢性呼吸器疾患看護 ( ) 慢性心不全看護 専門看護師 (1. なし 2. あり) 分野 ( ) がん看護 ( ) 精神看護 ( ) 地域看護 ( ) 老人看護 ( ) 小児看護 ( ) 母性看護 ( ) 慢性疾患看護 ( ) 急性・重症患者看護 ( ) 感染症看護 ( ) 家族支援 ( ) 在宅看護 ( ) 遺伝看護 ( ) 災害看護 認定看護管理者 (1. なし 2. あり )	
その他資格・特別資格	◎ケアマネジャーや自動車運転免許などの資格があれば記載してください。	
看護専門学歴	( ) 大学院 ( ) 大学 ( ) 短期大学(専攻科含む) ( ) 看護師学校養成所 ( ) 保健師学校養成所 ( ) 助産師学校養成所 ( ) 准看護師学校養成所 ( ) 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) ( ) その他	
看護経験(※)	1. なし 2. あり	

看護経験で「あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。

職種別看護経験年数	保健師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 助産師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 看護師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 准看護師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月
経験役職等	主任 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 師長 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 副看護部長 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 看護部長 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 教員 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年
看護経験職歴	◎記入例：XXXX年XX月からXXXX年XX月 △△病院 ○○科 三交替制勤務

退職(したい)理由	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 子育て
	<input type="checkbox"/> 配偶者の転勤	<input type="checkbox"/> 親族の健康・介護	<input type="checkbox"/> 家事と両立しない
	<input type="checkbox"/> 自分の適性・能力への不安	<input type="checkbox"/> 看護職の他の職場への興味	<input type="checkbox"/> 看護職以外の他の職場への興味
	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 自分の健康(主に身体的理由)	<input type="checkbox"/> 自分の健康(主に精神的理由)
	<input type="checkbox"/> リフレッシュ	<input type="checkbox"/> 興味が持てない	<input type="checkbox"/> 進学・研修・留学
		<input type="checkbox"/> やりがいががない	
	<input type="checkbox"/> 上司(看護管理者等)との関係	<input type="checkbox"/> 同僚との関係	<input type="checkbox"/> 医師との関係
	<input type="checkbox"/> 患者・ケア対象者との関係 (暴言・暴力等)	<input type="checkbox"/> 昇進・昇給・給与に不満	<input type="checkbox"/> 雇用形態に不満
	<input type="checkbox"/> 福利厚生に不満	<input type="checkbox"/> 勤務時間が長い・超過勤務が多い	
	<input type="checkbox"/> 夜勤の負担が大きい	<input type="checkbox"/> 休暇がとれない	<input type="checkbox"/> 教育・研修体制に不満
	<input type="checkbox"/> 責任の重さ・医療事故への不安	<input type="checkbox"/> 看護の自律性・専門性が認められない	
	<input type="checkbox"/> 看護の理念・方針に不満	<input type="checkbox"/> 医療のIT化に適応できない	<input type="checkbox"/> 定年
	<input type="checkbox"/> 雇用者側の都合	<input type="checkbox"/> その他 _____	

どのような条件・環境があれば就業の継続ができましたか

求職番号                                  K

受付年月日 (西暦)                      年            月            日

II 求職情報

就業状況(※)	1. 未就業または看護職以外で就業中    2. 就業中(看護職)    3. 学生(免許未取得)    4. 学生(看護職免許取得済み)
希望時期	1. 未定    2. (西暦) <u>          </u> 年 <u>          </u> 月 から就職を希望する

就職希望資格と希望雇用形態 (第1希望は※)	第1希望就職資格	1. 保健師    2. 助産師    3. 看護師    4. 准看護師		
	第1希望雇用形態	1. 常勤 (期間に定めのない雇用)	2. 非常勤 (期間に定めのある1ヵ月以上の雇用)	3. 臨時雇用 (期間が1ヵ月未満の雇用)
		( ) 正規雇用の希望あり ( ) 正規以外の雇用の希望あり ( ) こだわらない・該当しない		
	第2希望就職資格	1. 保健師    2. 助産師    3. 看護師    4. 准看護師		
第2希望雇用形態	1. 常勤 (期間に定めのない雇用)	2. 非常勤 (期間に定めのある1ヵ月以上の雇用)	3. 臨時雇用 (期間が1ヵ月未満の雇用)	
	( ) 正規雇用の希望あり ( ) 正規以外の雇用の希望あり ( ) こだわらない・該当しない			

教員希望	1. なし    2. あり
------	----------------

教員希望で「あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。

教員希望分野	( ) 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
--------	--

希望施設	<input type="checkbox"/> 病院(500床以上) <input type="checkbox"/> 病院(499~200床) <input type="checkbox"/> 病院(199~20床) <input type="checkbox"/> 診療所(有床) <input type="checkbox"/> 診療所(無床) <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院(I型) <input type="checkbox"/> 介護医療院(II型) <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・有料老人ホーム等 <input type="checkbox"/> その他社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション (看護小規模多機能型居宅介護事業所併設) <input type="checkbox"/> その他居宅介護支援事業所 <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"/> 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"/> 学校・養成所等 <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 <u>  </u>		
------	--	--	--

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(新生児集中治療室) <input type="checkbox"/> MFICU(母体・胎児集中治療室) <input type="checkbox"/> 助産業務(分娩助産を主とする助産ケア) <input type="checkbox"/> 救命救急 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 相談・指導 <input type="checkbox"/> 退院調整 <input type="checkbox"/> 医療安全担当 <input type="checkbox"/> 看護管理 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 介護施設等での看護 <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/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"/> 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 <u>                                </u>		
--------	---	--	--

派遣希望の種類	1. こだわらない    2. 希望しない    3. 紹介予定派遣    4. 紹介予定以外の派遣
---------	--

勤務形態	1. こだわらない    2. 3交代制(変則、当直、オンコールを含む)    3. 2交代制(変則、当直、オンコールを含む) 4. 日勤のみ    5. 夜勤のみ    6. 裁量労働制
------	---

希望週休	1. 完全週休2日制(4週に8日の休日)    2. 月3回週休2日制(4週に7日の休日)    3. 月2回週休2日制(4週に6日の休日) 4. 月1回週休2日制(4週に5日の休日)    5. 週休1日半制(土曜日等の半日勤務)    6. 週休1日制 7. その他 <u>                                </u>
------	---

希望年間休日総数	<u>          </u> 日
----------	---------------------

勤務曜日	( ) 月曜日 ( ) 火曜日 ( ) 水曜日 ( ) 木曜日 ( ) 金曜日 ( ) 土曜日 ( ) 日曜日 ( ) 祝祭日
------	---

勤務時間	<u>          </u> : <u>          </u> ~ <u>          </u> : <u>          </u>
------	---

賃金形態	1. 月給    2. 日給    3. 時給    4. 年俸    5. その他
------	--

希望給与(基本給)	<u>          </u> 円/年、月、日、時間、回数
-----------	---------------------------------

希望給与(総収入額)	<u>          </u> 円/年、月、日、時間、回数
------------	---------------------------------

希望設備	宿舎 (1. 希望しない 2. 単身 3. 世帯) 駐車場 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 ( _____ )
就職に考慮すべき家族	1. いない 2. いる _____ 人

子育てと仕事の 両立支援	育児短時間勤務制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 夜勤の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) 超過勤務の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) 保育所 (1. 希望しない 2. 希望する) ◎保育所の希望がある場合、以下内容を記入してください。 夜間保育 (1. 希望しない 2. 希望する) 病児保育 (1. 希望しない 2. 希望する) 幼稚園との二重保育 (1. 希望しない 2. 希望する) 学童保育 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 _____
-----------------	--

介護と仕事の 両立支援	介護短時間勤務制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 夜勤の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) 超過勤務の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) フレックスタイム制 (1. 希望しない 2. 希望する) 時差出勤制 (1. 希望しない 2. 希望する) 介護費用の助成 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 _____
----------------	--

キャリアアップ支援	認定看護資格取得支援 (1. 希望しない 2. 希望する) 外部研修への補助 (1. 希望しない 2. 希望する) 勉学休職制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 2年課程への進学への配慮 (1. 希望しない 2. 希望する)
-----------	--

就職の際に 重視する条件	◎重視する条件を上位3つまで選択してください。 <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"/> キャリアアップ支援 <input type="checkbox"/> 子育てと仕事の両立支援 <input type="checkbox"/> その他
-----------------	--

求職者情報公開(※) (氏名・連絡先は非公開です)	◎求職者情報を公開すると、求人施設側から連絡が届く場合があります。 1. 希望しない 2. 希望する	公共職業安定所への求職登録(※)	1. なし 2. あり
------------------------------	---	------------------	-------------

自己PR	
------	--

希望勤務地(※)	◎記入例：△△県〇〇市
----------	-------------

登録ナースセンター(※) (情報提供の希望)	◎基本的には住所地のナースセンターが登録ナースセンターとなります。 住所地とは異なるナースセンターからの情報提供等をご希望の場合は、希望する都道府県を選択してください。 <input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 青森県 <input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> 宮城県 <input type="checkbox"/> 秋田県 <input type="checkbox"/> 山形県 <input type="checkbox"/> 福島県 <input type="checkbox"/> 茨城県 <input type="checkbox"/> 栃木県 <input type="checkbox"/> 群馬県 <input type="checkbox"/> 埼玉県 <input type="checkbox"/> 千葉県 <input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 神奈川県 <input type="checkbox"/> 新潟県 <input type="checkbox"/> 富山県 <input type="checkbox"/> 石川県 <input type="checkbox"/> 福井県 <input type="checkbox"/> 山梨県 <input type="checkbox"/> 長野県 <input type="checkbox"/> 岐阜県 <input type="checkbox"/> 静岡県 <input type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 三重県 <input type="checkbox"/> 滋賀県 <input type="checkbox"/> 京都府 <input type="checkbox"/> 大阪府 <input type="checkbox"/> 兵庫県 <input type="checkbox"/> 奈良県 <input type="checkbox"/> 和歌山県 <input type="checkbox"/> 鳥取県 <input type="checkbox"/> 島根県 <input type="checkbox"/> 岡山県 <input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 山口県 <input type="checkbox"/> 徳島県 <input type="checkbox"/> 香川県 <input type="checkbox"/> 愛媛県 <input type="checkbox"/> 高知県 <input type="checkbox"/> 福岡県 <input type="checkbox"/> 佐賀県 <input type="checkbox"/> 長崎県 <input type="checkbox"/> 熊本県 <input type="checkbox"/> 大分県 <input type="checkbox"/> 宮崎県 <input type="checkbox"/> 鹿児島県 <input type="checkbox"/> 沖縄県
---------------------------	---



# 都道府県ナースセンター所在地一覧

2019年9月2日現在

都道府県	所在地	TEL	FAX
北海道ナースセンター	〒003-0027 札幌市白石区本通17丁目北3番24号 公益社団法人北海道看護協会内1階	011-863-6794	011-866-2244
青森県ナースセンター	〒030-0822 青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ3階 公益社団法人青森県看護協会内	017-723-4580	017-735-3836
岩手県ナースセンター	〒020-0117 盛岡市緑が丘二丁目4番55号 岩手県看護研修センター1階 公益社団法人岩手県看護協会内	019-663-5206	019-663-5263
宮城県ナースセンター	〒981-0933 仙台市青葉区柏木2丁目3番23号	022-272-8573	022-272-7801
秋田県ナースセンター	〒010-0001 秋田市中通2丁目3-8 秋田アトリオンビル1F	018-832-8810	018-853-4376
山形県ナースセンター	〒990-2473 山形市松栄1丁目5-45 公益社団法人山形県看護協会内	023-646-8878	023-643-5727
福島県ナースセンター	〒963-8871 郡山市本町1丁目20番24号 福島県看護会館 みらい1階 公益社団法人福島県看護協会内	024-934-0500	024-991-6002
茨城県ナースセンター	〒310-0034 水戸市緑町3-5-35 茨城県保健衛生会館1階 公益社団法人茨城県看護協会内	029-221-7021	029-226-0493
栃木県ナースセンター	〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1 とちぎ健康の森4階 公益社団法人栃木県看護協会	028-625-3831	028-625-8988
群馬県ナースセンター	〒371-0007 前橋市上泉町1858-7 公益社団法人群馬県看護協会内	027-269-5202	027-269-8601
埼玉県ナースセンター	〒331-0078 さいたま市西区西大宮3丁目3番地 公益社団法人埼玉県看護協会内	048-620-7337	048-620-7322
千葉県ナースセンター	〒261-0002 千葉市美浜区新港249-10	043-247-6371	043-247-6620
東京都ナースプラザ (ナースバンク東京)	〒160-0023 新宿区西新宿4-2-19 東京都看護協会会館2階	03-5309-2065	03-5309-2066
神奈川県ナースセンター	〒231-0037 横浜市中区富士見町3番1 神奈川県総合医療会館5階	045-263-2101	045-263-2104
新潟県ナースセンター	〒951-8133 新潟市中央区川岸町2-11 新潟県看護研修センター1階 公益社団法人新潟県看護協会内	025-233-6011	025-265-4188
富山県ナースセンター	〒930-0885 富山市鶴島宇川原1907-1 公益社団法人富山県看護協会内	076-433-5251	076-433-5281
石川県ナースセンター	〒920-0931 金沢市兼六元町3-69 公益社団法人石川県看護協会内	076-225-7771	076-225-7788
福井県ナースセンター	〒918-8206 福井市北四ツ居町601 公益社団法人福井県看護協会会館	0776-52-1857	0776-52-1858
山梨県ナースセンター	〒400-0807 甲府市東光寺2-25-1 公益社団法人山梨県看護協会内1階	055-226-0110	055-222-5988
長野県ナースセンター	〒390-0802 松本市旭2丁目11-34 長野県看護協会会館	0263-35-0067	0263-34-0311
岐阜県ナースセンター	〒500-8384 岐阜市藪田南5-14-53 岐阜県県民ふれあい会館第1棟5階 公益社団法人岐阜県看護協会内	058-277-1010	058-277-1011
静岡県ナースセンター	〒422-8067 静岡市駿河区南町14番25号 エスパティオ3階	054-202-1761	054-202-1762
愛知県ナースセンター	〒466-0054 名古屋市昭和区円上町26番15号 愛知県高辻センター1階	052-871-0600	052-883-3686
三重県ナースセンター	〒514-0062 津市観音寺町字東浦457-10 三重県看護研修会館別館	059-222-0466	059-222-0465
滋賀県ナースセンター	〒525-0032 草津市大路2丁目11-51 滋賀県看護研修センター 公益社団法人滋賀県看護協会内	077-564-9494	077-562-8998
京都府ナースセンター	〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都7階	075-222-0316	075-222-0528
大阪府ナースセンター	〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-5-25 大阪府看護協会内	06-6964-5511	06-6964-6666
兵庫県ナースセンター	〒650-0011 神戸市中央区下山手通5-6-24 公益社団法人兵庫県看護協会会館1階	078-341-0240	078-341-0340
奈良県ナースセンター	〒634-0813 橿原市四条町288-8 奈良県看護研修センター1階	0744-25-4031	0744-24-7703
和歌山県ナースセンター	〒642-0017 海南市南赤坂17番地	073-483-0234	073-483-1266
鳥取県ナースセンター	〒680-0901 鳥取市江津318-1 看護研修センター1階 公益社団法人鳥取県看護協会内	0857-25-1222	0857-25-1223
島根県ナースセンター	〒690-0049 松江市袖師町7-11 看護研修センター1階 公益社団法人島根県看護協会内	0852-27-8510	0852-25-3157
岡山県ナースセンター	〒700-0805 岡山市北区兵団4番39 岡山県看護研修センター内	086-226-3639	086-226-0341
広島県ナースセンター	〒730-0803 広島市中区広瀬北町9-2 公益社団法人広島県看護協会会館1階	082-293-9786	082-295-6749
山口県ナースセンター	〒747-0062 防府市大字上右田2686 山口県看護研修会館本館1階 公益社団法人山口県看護協会内	0835-24-5791	0835-28-9688
徳島県ナースセンター	〒770-0003 徳島市北田宮1丁目329-18 公益社団法人徳島県看護協会内	088-631-5544	088-632-1084
香川県ナースセンター	〒769-0102 高松市国分寺町国分152-4 公益社団法人香川県看護協会 看護研修センター2階	087-864-9075	087-864-9071
愛媛県ナースセンター	〒790-0843 松山市道後町2丁目11-14 公益社団法人愛媛県看護協会内 愛媛看護研修センター1階	089-924-0848	089-996-8425
高知県ナースセンター	〒780-8066 高知市朝倉己25番地5 公益社団法人高知県看護協会内	088-844-0758	088-844-0053
福岡県ナースセンター	〒812-0054 福岡市東区馬出4-10-1 ナースプラザ福岡	092-631-1221	092-631-1223
佐賀県ナースセンター	〒849-0201 佐賀市久保田町大字徳万1997-1 公益社団法人佐賀県看護協会内	0952-51-3511	0952-68-3603
長崎県ナースセンター	〒854-0072 諫早市永昌町23-6 ながさき看護センター1階 公益社団法人長崎県看護協会内	0957-49-8060	0957-49-8063
熊本県ナースセンター	〒862-0901 熊本市東区東町3-10-39 看護研修センター1階 公益社団法人熊本県看護協会内	096-365-7660	096-365-7640
大分県ナースセンター	〒870-0855 大分市大字豊鏡310番地の4 看護研修会館1階 公益社団法人大分県看護協会内	097-574-7136	097-574-7361
宮崎県ナースセンター	〒889-2155 宮崎市学園木花台西2-4-6 公益社団法人宮崎県看護協会1階	0985-58-4525	0985-58-2939
鹿児島県ナースセンター	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町21-5 看護研修会館1階 公益社団法人鹿児島県看護協会内	099-256-8025	099-256-8079
沖縄県ナースセンター	〒901-1105 島尻郡南風原町字新川1272番地17 沖縄県看護研修センター1階 公益社団法人沖縄県看護協会内	098-888-3127	098-888-3126



# 都道府県ナースセンター（サテライト・支所）所在地一覧

2019年9月2日現在

都道府県	所在地	TEL	FAX
ナースバンク 渡島業務支所	〒041-8551 函館市美原4丁目6番16号 北海道渡島保健所内	0138-47-9160	0138-47-9160
ナースバンク 上川業務支所	〒079-8610 旭川市永山6条19丁目1番1号 北海道上川保健所内	0166-46-5282	0166-46-5282
ナースバンク 帯広業務支所	〒080-8588 帯広市東3条南3丁目1 北海道帯広保健所内	0155-21-3353	0155-21-3353
ナースバンク 釧路業務支所	〒085-0826 釧路市城山2丁目4番22号 北海道釧路保健所内	0154-65-6684	0154-65-6684
ナースバンク 北見業務支所	〒090-8518 北見市青葉町6番6号 北海道北見保健所内	0157-61-6668	0157-61-6668
茨城県ナースセンター 県北	〒317-0066 日立市高鈴町1-4-10 日立メディカルセンター看護専門学校内	070-1542-0967	—
茨城県ナースセンター 鹿行	〒314-0039 鹿嶋市緑ヶ丘3-9-20 鹿嶋訪問看護ステーション内	070-1543-9672	—
茨城県ナースセンター 県南	〒300-0812 土浦市下高津2-7-68 土浦訪問看護ステーション内	070-1543-9833	—
茨城県ナースセンター 県西	〒307-0001 結城市結城1211-7 茨城県結城看護専門学校内	070-1544-1383	—
ナースバンク 立川	〒190-0012 立川市曙町1-21-1 ユニソ立川ビル6階	042-529-7077	042-529-7071
神奈川県ナースセンター 相模原支所	〒252-0236 相模原市中央区富士見6-1-1 相模原市総合保健医療センターA館5F	042-776-2480	042-776-2464
新潟県ナースセンター 上越支所	〒943-0821 上越市土橋1914-3 上越市市民プラザ2階	070-2175-6014	025-520-7476
新潟県ナースセンター相談窓口 南魚沼会場	〒949-6680 南魚沼市六日町101-8 南魚沼市図書館内	070-2175-6012	—
新潟県ナースセンター相談窓口 柏崎会場	〒945-8511 柏崎市中央町5-50 柏崎市役所内	070-2171-6013	—
富山県ナースセンター 新川サテライト	〒938-0037 黒部市新牧野311 黒部ショッピングセンターメルシー2階	090-7746-7000	—
富山県ナースセンター 射水サテライト	〒939-0351 射水市戸破1875-1 高岡厚生センター射水支所2階	080-8995-7000	—
富山県ナースセンター 砺波サテライト	〒939-1506 南砺市高儀147 砺波厚生センター1階	090-4687-7000	—
福井県ナースセンター 嶺南サテライト	〒914-0057 敦賀市開町6-5 二州健康福祉センター2階	080-1957-0579	0776-52-1858
岐阜県ナースセンター 多治見支所	〒507-0037 多治見市音羽町2丁目66番地 フリーデンハイム音羽事務所101	0572-26-7880	0572-26-8875
岐阜県ナースセンター 西濃サテライト	〒503-0006 大垣市加賀野4丁目1番地7 ソフトピアジャパンセンター11階 会議室7	080-2637-6503	058-277-1011
岐阜県ナースセンター 飛騨サテライト	〒506-8555 高山市花岡町2-18 高山市保健センター内（休日診療所）	090-5117-4082	058-277-1011
岐阜県ナースセンター 中濃サテライト	【第1・3水曜日】 〒501-3874 関市平和通7丁目5-1 アピセ関 【第2・4水曜日】 〒509-0207 可児市今渡682番地1 可児市福祉センター	080-1580-7659	0572-26-8875
静岡県ナースセンター 東部支所	〒410-0055 沼津市高島本町1-3 静岡県東部総合庁舎別館2階	055-920-2088	055-920-2088
静岡県ナースセンター 西部支所	〒430-0929 浜松市中区中央1丁目12番1号 静岡県浜松総合庁舎10階	053-454-4335	053-401-3510
静岡県ナースセンター 下田相談所	〒415-0016 下田市中531-1 静岡県下田総合庁舎 別館4階	080-2650-0327	—
静岡県ナースセンター 天竜相談所	〒431-3313 浜松市天竜区二俣町鹿島559 静岡県北遠総合庁舎1階	080-2650-0237	—
愛知県ナースセンター 名駅支所	〒450-0002 名古屋市中村区名駅4丁目4-38 愛知県産業労働センター（ウインクあいち）17階	052-433-1173	052-433-1175
愛知県ナースセンター 豊橋支所	〒440-0888 豊橋市駅前大通2丁目33番地の1 開発ビル4階	0532-52-1173	0532-52-1166
三重県ナースセンター 四日市サテライト	〒510-0086 四日市市諏訪栄町6-4	059-325-7170	059-340-6680
滋賀県ナースセンター 彦根サテライト	〒522-0057 彦根市八坂町1900番地4 くすのきセンター3階	0749-30-1235	0749-30-1233
兵庫県ナースセンター 姫路支所	〒670-0927 姫路市駅前町241 フェスタ北館5階	079-281-5006	079-281-5006
兵庫県ナースセンター 宝塚支所	〒665-0845 宝塚市栄町2-1-2ソリオ2（6階）宝塚商工会議所会館内	0797-63-5472	0797-63-5472
兵庫県ナースセンター サテライト北播	〒673-1431 加東市社1126-1 やしろショッピングパークBio2階	0795-42-0242	0795-42-0242
兵庫県ナースセンター サテライト但馬	〒667-0044 養父市八鹿町国木594-10 兵庫県立但馬長寿の郷 研修棟2階交流サロン内	079-663-0240	079-663-0240
広島県ナースセンター サテライト福山	〒720-0067 福山市西町1-1-1 エフピコRIMふくやま6階	084-973-5122	087-973-5123
福岡県ナースセンター 福岡サテライト	〒814-0180 福岡市城南区七隈7-45-1 福岡大学病院内	092-407-8709	092-407-8710
福岡県ナースセンター 北九州サテライト	〒802-0077 北九州市小倉北区馬借2-1-1 北九州市立看護専門学校内	093-383-9414	093-383-9415
福岡県ナースセンター 筑豊サテライト	〒820-8508 飯塚市伊岐須550-4 総合せき損センター内	0948-43-8753	0948-43-8754
福岡県ナースセンター 筑後サテライト	〒830-0011 久留米市旭町67 久留米大学病院内	0942-27-8964	0942-27-8967
長崎県ナースセンター 長崎支所	〒850-0874 長崎市魚の町3-28 長崎赤十字会館6階	095-828-1747	095-828-1754
長崎県看護キャリア支援センター 相談所（佐世保）	〒857-0056 佐世保市平瀬町3-1 長崎県看護キャリア支援センター内	0956-23-8208	0956-23-8212