

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)
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 _____ フリガナ _____ 姓 _____ 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 一般労働者派遣事業許可番号 _____ 般 _____
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 (バス・車・徒歩) 停留所 _____ 分
開設者	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 労働者健康福祉機構 05. 国立高度専門医療研究センター 06. 独立行政法人 07. 国(その他) 08. 都道府県 地域医療機能推進機構 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. 介護老人福祉施設(特養) 09. デイサービス・デイケアセンター 10. 在宅介護支援センター 11. ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム 12. その他社会福祉施設 13. 地域包括支援センター 14. 訪問看護ステーション 15. その他居宅介護支援事業所 16. 都道府県・保健所 17. 市区町村・保健センター 18. 保育所・幼稚園 19. 会社・事業所 20. 健診センター・労働衛生機関 21. 小学校・中学校・高等学校(養護教諭) 22. 学校・養成所等 23. 救護(イベント等) 24. 個人(自宅などで看護職を必要として いる方) 25. 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(※)	<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(分娩介助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 _____
募集人数(※)	_____ 人
雇用期間(※)	(西暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日から (西暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日まで 雇用日数(※) _____ 日間
派遣求人の種類	1. 該当しない 2. 一般派遣 3. 紹介予定派遣
その他雇用上の 特記事項	

勤務形態(※)	1. 3交代制(変則を含む) : 日勤+夜勤(1回 _____ 時間) 2. 2交代制(変則を含む) : 日勤+夜勤(1回 _____ 時間) 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. その他 _____
勤務時間(※)	勤務時間1 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分 勤務曜日・時間の相談可否 <input type="checkbox"/> 1. 可能 2. 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(※) <input type="checkbox"/> 勤務時間3 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分 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(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。		
給与(基本給)(※)	_____ ~ _____ 円/日、時間、回数	業務経験加算	1. なし 2. あり
各種手当2	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) 健康保険制度 (1. なし 2. あり) その他保険制度 (1. なし 2. あり)	労災保険制度 (1. なし 2. あり) 厚生年金制度 (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			