

2019年度『ふれあいナースバンク就職相談会』参加申込書(第1期募集)

申込受付期間 **2019年4月1日(月)9時から**
4月12日(金)17時まで (期間厳守)

FAX は4月1日に開通します。受付期間以外の申し込みはご遠慮ください。
 ※移転のため、FAX 番号が変更になっております。ご注意ください。

相談会参加日時(希望欄に ○ を記入してください。複数選択不可)

	希望	会場	開催日時	
第1回		ナースバンク立川	2019年6月 6日(木)	13時30分～16時まで
第2回		ナースバンク東京	2019年6月14日(金)	

申込施設名記入欄

e ナースセンターの求人施設番号	S (S で始まる7桁の番号です)		
法人名			
施設名 参加を希望される(看護職を募集している) 都内事業所名をお書きください(複数可) ※募集をしていない事業所名の記載はご遠慮ください			
住所 ※注②	〒 —		
電話番号・FAX	TEL:	FAX:	
担当者	部署・役職:	氏名	
参加を希望される事業所の施設種別 (看護職を募集している都内事業所の施設種別) 該当の種別に○を付けてください	①病院 ②診療所 ③助産所 ④介護老人保健施設 ⑤介護医療院I型 ⑥介護医療院II型 ⑦介護老人福祉施設(特養) ⑧デイサービス ⑨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 ⑫グループホーム ⑬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(看多機併設) ⑱その他居宅介護支援事業所 ⑲保育所・幼稚園 ⑳会社・事業所 ㉑その他()		
ワークライフバランスへの取り組みをお聞かせください。 該当の項目に○を付けてください	①多様な勤務形態 ②使える休暇制度がある ③復職支援制度がある ④パート・非常勤職員の待遇 ⑤経済的支援 ⑥子育て支援 ⑦相談支援 ⑧その他()		

※ワークライフバランスの定義については別紙をご参照ください。

申込書記入上の注意

- ① お申込みの前に、必ず同封の「実施計画表」をご確認の上、空欄の無いようにご記入ください。
- ② ひとつの法人で複数の施設の参加を希望される場合は、ひとつの法人としてまとめてお申し込みいただくようお願いいたします。一法人1ブースとさせていただきます。
- ③ ご記入頂いた施設名・住所・ご担当者へ選考結果を送付します。参加を希望する施設と選考結果の送付先が異なる場合には、住所欄に選考結果送付先もあわせてご記入ください。

東京都ナースプラザ FAX番号 : **03-5309-2066** (4月1日から)

選考結果について

4月24日(水)以降に記載の住所・ご担当者へ郵送にてご連絡いたします。

施設名称・住所・担当者名等、お間違いの無いようご記入ください。