

申込受付期間

令和4年7月25日(月)まで (締切厳守)

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	開催回	会場	開催日時	
	第3回	ナースバンク立川	令和4年9月 8日(木)	13時30分～16時まで
	第4回	ナースバンク東京	令和4年9月16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 <small>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</small>	(病床数 床)																																																																																																										
住所 <small>※注③</small>	〒 -																																																																																																										
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 <small>(看護職を募集している 都内事業所の施設種別)</small> 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()																																																																																																										
必須: 仕事・事業所の魅力やメッセージをお書きください。(100文字以内を目安)																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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><td></td><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><td></td><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><td></td><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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																											

※黒のボールペンなどをご利用の上、楷書体でお書きください。

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・ご担当者に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**

選考結果について

8月3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。