

ふれあいナースバンク就職相談会 受付シート		新	
eナースセンター(ナースバンク東京または立川)の登録 * 不明 * ない * ある * ある(東京都以外)		eナースセンター 求職者番号 をご記入ください K 1234567	
ふりがな かんご はなこ	男 ・ 女	西暦 1990 年 12 月 3 日生	西暦でご記入ください
氏 名 看護 花子	生年月日		
住 所 (〒160 - 0023) 東京 都 道 府 県 新宿 区 市 町 西新宿4-2-19			
TEL (日中連絡が取れる番号) 03-5309-2063		Emailアドレス tokyo @ nurse-center.net	
(看護職の方)経験 * あり (経験年数 10 年) *なし		看護経験職歴(該当するものにチェック☑)	
■希望する雇用形態 該当するものに○をつけてください ※就業中の方は、現在の雇用形態 *常勤 *非常勤 *臨時(単発)		☑病棟 ☑外来 ☑OPE室 ☑救急 ☑介護施設 ☑訪問看護 ☐地域包括 ☐健診 ☐健康管理 ☐教育 ☐治験 ☐その他() ☐経験なし ※認定・	
■就業を希望する職種(第1希望)に○をつけてください *保健師 *助産師 *看護師 *准看護師 *看護補助者		■ 離職中の方は退職年月をご記入ください ①就業 ② 離職中 退職したのは 2023 年 3 月 ※不明の場合はおおよそで構いません	
複数の資格をお持ちの方は、第一希望の資格に○をつけてください			

きりとり線

ふれあいナースバンク就職相談会 受付シート		新	
eナースセンター(ナースバンク東京または立川)の登録 * 不明 * ない * あり * ある(東京都以外)		eナースセンター 求職者番号 をご記入ください K	
ふりがな	男 ・ 女	西暦 年 月 日生	
氏 名	生年月日	(歳)	
住 所 (〒 -) 都・道 区 府・県 市 町			
TEL (日中連絡が取れる番号)		Emailアドレス	
(看護職の方) * あり(経験年数 年) *なし		看護経験職歴(該当するものにチェック☑)	
■希望する雇用形態 該当するものに○をつけてください ※就業中の方は、現在の雇用形態 *常勤 *非常勤 *臨時(単発)		☐病棟 ☐外来 ☐OPE室 ☐救急 ☐介護施設 ☐訪問看護 ☐地域包括 ☐健診 ☐健康管理 ☐教育 ☐治験 ☐その他() ☐経験なし ※認定・専門看護職資格は『なし』で登録いたします。	
■就業を希望する職種(第1希望)に○をつけてください ※就業中の方は、お勤め中の資格 *保健師 *助産師 *看護師 *准看護師 *看護補助者		■現在の状況に○をつけてください ①就業中 (職種:保健師・助産師・看護師・准看護師・看護補助者) ②離職中 退職したのは 年 月 ※不明の場合はおおよそで構いません ③看護学生(学年 年)	

eナースセンター未登録の方は受付シートの情報をもとに登録を実施させていただきます。

ご記入いただいた個人情報は、個人情報保護に関する法令に基づき、適正に管理いたします。

東京都ナースプラザ