|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふれあいナースバンク就職相談会　受付シート** | | | | | | | **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）  　　K | | | | eナースセンター**求職者番号** をご記入ください  K　1234567 | | | | | | |
| フリガナ  **カンゴ　ハナコ** | | 男  ・  女 | | 生年月日 | 西暦 | **１９９０　　　　　１２　　　　３**  （ | | 年  **生年月日は西暦でご記入ください**  ３３ | 月  歳） | 日生 |
| 氏 名  １６０　　　　００２３  看護　花子 | |
| 住 所 （〒 － ）  都・道  新宿  東京  府・県 | 区  **メールアドレスはローマ字・数字が**  **判読できるようご記入ください**  **記入ください**  西新宿4-2-19  市  町 | | | | | | | | | |
| 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 該当するものに〇をつけてください  ※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）に〇をつけてください   \*保健師 　　\*助産師　　　　\*看護師  \*准看護師 　　\*看護補助者 | | | ■現在の状況に〇をつけてください  **離職中の方は退職年月をご記入ください**  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　**2023**　　　　年　　**3**　　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。

**複数の資格をお持ちの方は、第一希望の資格に〇をつけてください**

**き り と り 線**

記入見本

**受付シートの記入を**

**お願いいたします**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふれあいナースバンク就職相談会　受付シート** | | | | | | | **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）  　　K | | | | eナースセンター**求職者番号** をご記入ください  K | | | | | | |
| フリガナ | | 男  ・  女 | | 生年月日 | 西暦 | （ | | 年 | 月  歳） | 日生 |
| 氏 名 | |
| 住 所 （〒 － ）  都・道  府・県 | 区  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 該当するものに〇をつけてください  ※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）に〇をつけてください   \*保健師 \*助産師　　　　\*看護師  \*准看護師　 \*看護補助者 | | | ■現在の状況に〇をつけてください  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