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

フリガナ　カンゴ　ハナコ
氏　名　看護　花子
男・女

生年月日　西暦　1990　年　12 月　3 日生

生年月日は西暦でご記入ください

住　所（〒 160 － 0023 ）
東京 都・道 府・県　新宿 区 市 町　西新宿4-2-

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

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☑）
☑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

■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）

■ 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

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

■現在の
①就業中
②看護職・看護補助者以外で就業中
③未就業（退職時期　年　月）おおよそで構いません
学年　年）

未就業の方は退職年月をご記入ください

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

フリガナ
氏　名
男・女

生年月日　西暦　年　月　日生
（　歳）

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☑）
□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。

■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）

■ 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

■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看護職・看護補助者以外で就業中
③未就業（退職時期　年　月）おおよそで構いません
④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