

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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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	男・女 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦 1990 年 12 月 3 日生 (歳)
氏 名 看護 花子		西暦でご記入ください	
住 所 (〒 -) 東京 (都・道・府・県)		-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	
■ 就業を希望する職種(第一希望)に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者		■ 希望する雇用形態 ※就業中の方は、現在の雇用形態 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 臨時(単発)	
■ 看護職の方 ■ 現在の就業状況 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職で就業中 <input type="checkbox"/> 未就業または看護職以外で就業中(退職時期 年 月) <input type="checkbox"/> 看護学生(学年 年) ■ 看護の経験 <input checked="" type="checkbox"/> あり(経験年数 9 年) <input type="checkbox"/> なし <経験ありの場合>は、下記に☑をつけてください <input checked="" type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> OPE室 <input checked="" type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> その他()			
■ 看護補助者で就業希望の方 ■ 現在の就業状況 <input type="checkbox"/> 看護補助者で就業中 <input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 看護補助者以外で就業中			

✓ **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。**(認定・専門看護職資格は『なし』で登録いたします)
 ✓ 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

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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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	男・女	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所 (〒 -) 都・道・府・県 市区町村			
TEL (日中連絡が取れる番号)		Emailアドレス	
■ 就業を希望する職種(第一希望)に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者		■ 希望する雇用形態 ※就業中の方は、現在の雇用形態 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 臨時(単発)	
■ 看護職の方 ■ 現在の就業状況 <input type="checkbox"/> 看護職で就業中 <input type="checkbox"/> 未就業または看護職以外で就業中(退職時期 年 月) <input type="checkbox"/> 看護学生(学年 年) ■ 看護の経験 <input type="checkbox"/> あり(経験年数 年) <input type="checkbox"/> なし <経験ありの場合>は、下記に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> OPE室 <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> その他()			
■ 看護補助者で就業希望の方 ■ 現在の就業状況 <input type="checkbox"/> 看護補助者で就業中 <input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 看護補助者以外で就業中			

✓ **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。**(認定・専門看護職資格は『なし』で登録いたします)
 ✓ 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