

# 平成 25 年度 求人・求職登録票

求人登録票（常勤・非常勤）

求人登録票（臨時雇用）

求職登録票



求人番号 S \_\_\_\_\_

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 年数はすべて西暦で記入してください。  
 ( )に該当するものすべてにチェックをつけてください。  
 選択肢に番号があるものは1つ選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_ は記入欄です。

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

雇用形態(※)	1. 常勤(期間に定めのない雇用)	2. 非常勤(期間に定めのある1ヵ月以上の雇用)
勤務先施設名(※)	フリガナ _____	
勤務先施設住所(※)	〒 _____	
勤務地までの通勤手段	最寄駅 _____ 線 _____ 駅	最寄駅からの 最寄駅からの交通手段 ( バス・車・徒歩 ) 停留所 _____ 所要時間 _____ 分
開設者(※)	01. 国立病院機構(厚労省系)    02. 独立行政法人(文科省系)    03. 労働者健康福祉機構    04. 国(その他) 05. 都道府県    06. 市区町村    07. 日赤    08. 済生会 09. 北海道社会事業協会    10. 厚生連    11. 国民健康保険団体連合会    12. 全国社会保険協会連合会 13. 厚生年金事業振興団    14. 船員保険会    15. 健康保険組合及びその連合会    16. 共済組合及びその連合会 17. 国民健康保険組合    18. その他の公益法人    19. 医療法人    20. 学校法人 21. 会社    22. 医師会    23. 社会福祉法人    24. 宗教法人 25. その他の法人    26. 個人    27. ボランティア団体    28. NPO法人 99. その他	

施設種別(※)	◎個人にチェックした方は、当サイト(e-ナースセンター)上で、求人者個人を特定できるような情報は掲載されません。		
01. 病院(500床以上)	02. 病院(499~200床)	03. 病院(199~20床)	
04. 診療所(有床)	05. 診療所(無床)	06. 介護老人保健施設	
10. 介護老人福祉施設(特養)	11. デイサービス・デイケアセンター	12. 在宅介護支援センター	
13. ケアハウス・グループホーム・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	
30. 訪問看護ステーション	31. 都道府県・保健所	32. 市区町村・保健センター	
33. 保育所・幼稚園	34. その他居宅介護支援事業所	35. 会社・事業所	
36. 健診センター・労働衛生機関	37. 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)	50. 学校・養成所等	
90. 救護(イベント等)	91. 個人(自宅などで看護職を必要としている方)	99. その他	

営業曜日(※)	( ) 月曜日 ( ) 火曜日 ( ) 水曜日 ( ) 木曜日 ( ) 金曜日 ( ) 土曜日 ( ) 日曜日 ( ) 祝祭日
職員数	常勤 看護職 _____ 人 医師 _____ 人 その他医療従事者 _____ 人 その他 _____ 人 非常勤 看護職 _____ 人

施設種別で「病院」または「診療所(有床)」を選択した方は以下の項目を記入してください。

許可病床数(※)	一般病床数 _____ 床 一般 _____ 対1 療養病床数 _____ 床 療養 ( 1. 8割以上 2. 8割未満 ) 精神病床数 _____ 床 精神 _____ 対1 結核病床数 _____ 床 感染症病床数 _____ 床 合計数 _____ 床
----------	--

施設種別で「病院」を選択した方は以下の項目を記入してください。

病院の種類(※)	1. 特定機能病院(大学病院、高機能病院など)    2. 主として精神医療を行う病院 3. 結核療養所    4. 主として難病・重度障害児(者)医療を行う病院 5. 主としてリハビリテーション医療を行う病院    6. 主として長期療養に対応する病院    7. 一般病院
----------	--

施設種別で「診療所」を選択した方は以下の項目を記入してください。

診療所の種類(※)	1. 一般診療業務を行う診療所(歯科・産科を除く)    2. 相談・指導業務を専らとする診療所 3. 採血・供血を専らとする診療所    4. 健診業務を専らとする診療所 5. 検査業務を専らとする診療所    6. 主として人工透析を行っている診療所 7. 休日夜間救急センター    8. 歯科診療所    9. 産科診療所
-----------	--

施設種別で「病院」または「診療所」を選択した方は以下の項目を記入してください。

診療科目・他(※)	_____
-----------	-------

施設種別で「介護老人保健施設」「介護老人福祉施設(特養)」「デイサービス・デイケアセンター」「その他社会福祉施設」を選択した方は以下の項目を記入してください。

定員数(※)	_____ 人
--------	---------

施設種別で「学校・養成所等」を選択した方は以下の項目を記入してください。

課程区分(※)	( ) 保健師課程    ( ) 助産師課程    ( ) 看護師3年課程(全日制) ( ) 看護師3年課程(定時制)    ( ) 看護師2年課程(全日制※専攻科含む)    ( ) 看護師2年課程(定時制) ( ) 看護師2年課程(通信制)    ( ) 看護師5年一貫課程    ( ) 准看護師課程(高校衛生看護科) ( ) 准看護師課程(養成所)    ( ) 看護系大学院修士課程    ( ) 看護系大学院博士課程 ( ) 看護系以外の課程
---------	---

求人番号 S \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

就業支援体制(※)	施設見学 (1. なし 2. あり) インターンシップ (1. なし 2. あり) 再就業支援研修 (1. なし 2. あり)
勤務先施設のPR/特記事項など	
宿舎(※)	1. なし 2. 単身 3. 世帯
駐車場(※)	1. なし 2. あり
キャリアアップ支援(※)	キャリアに応じた能力向上支援 (1. なし 2. あり) 外部研修への補助 (1. なし 2. あり) 勉学休職制度 (1. なし 2. あり) 2年課程進学者・希望者への支援 (1. なし 2. あり)
子育て支援(※)	育児休業 (1. 法定内 2. 法定外 _____年) 保育所 (1. なし 2. 院内 3. 委託 9. その他) 育児短時間制度 (1. なし 2. あり) 病児保育 (1. なし 2. あり) 夜勤免除 (1. なし 2. あり) 学童保育 (1. なし 2. 院内 3. 委託 9. その他) 超過勤務免除 (1. なし 2. あり) その他 _____
介護支援(※)	介護休業 (1. 法定内 2. 法定外 _____年) 夜勤免除 (1. なし 2. あり) 介護短時間制度 (1. なし 2. あり) その他 _____
制度(※)	短時間正職員制度 (1. なし 2. あり) 正職員への登用制度 (1. なし 2. あり)
多様な勤務形態等	

雇用形態で「常勤」を選択した方は以下の項目を記入してください。

就業時期(※)	_____年____月____日から
---------	--------------------

雇用形態で「非常勤」を選択した方は以下の項目を記入してください。

雇用期間	_____年____月____日から _____年____月____日まで
雇用日数	_____日間

募集人数(※)	_____人
---------	--------

派遣求人の種類(※)	1. 該当しない 2. 一般派遣 3. 紹介予定派遣
------------	----------------------------

その他雇用上の特記事項	
-------------	--

勤務形態(※)	1. 3交替制 2. 2交替制 3. 3交替制と2交替制の併用 4. 当直制 5. 日勤のみ 6. 夜勤のみ 9. その他 _____
	月平均夜勤回数(3交替) _____回 月平均夜勤回数(2交替) _____回 月平均当直回数 _____回 準夜勤 _____人 深夜勤 _____人 2交替勤務夜勤 _____人 当直 _____人

勤務形態で「日勤のみ」または「夜勤のみ」を選択した方は以下の項目を記入してください。

勤務曜日(※)	( ) 月曜日 ( ) 火曜日 ( ) 水曜日 ( ) 木曜日 ( ) 金曜日 ( ) 土曜日 ( ) 日曜日 ( ) 祝祭日
勤務時間(※)	勤務時間1 _____:_____ ~ _____:_____ 休憩時間 _____分 勤務時間2 _____:_____ ~ _____:_____ 休憩時間 _____分 勤務時間3 _____:_____ ~ _____:_____ 休憩時間 _____分 勤務時間4 _____:_____ ~ _____:_____ 休憩時間 _____分

勤務曜日・時間の相談可否(※)	1. 可能 2. 不可
-----------------	-------------

所定労働時間を越える勤務の有無(※)	1. なし 2. あり 月平均超過時間 _____時間
--------------------	-----------------------------

週休制度(※)	1. 完全週休2日制 2. 隔週週休2日以上 9. その他
---------	-------------------------------

休暇制度	
------	--

勤務上の特記事項	
----------	--

求人番号 S \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

希望資格 (第1希望は※)	第1希望 ( 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 ) 第2希望 ( ) 保健師 ( ) 助産師 ( ) 看護師 ( ) 准看護師
その他希望資格(※)	認定看護師 ( 1. こだわらない 2. 希望する 分野名 _____ ) 専門看護師 ( 1. こだわらない 2. 希望する 分野名 _____ ) 認定看護管理者 ( 1. こだわらない 2. 希望する ) その他 _____
希望職位(※)	1. 非管理職(スタッフや主任など) 2. 中間管理職(師長など) 3. 経営管理職(看護部長など)
希望業務経験(※)	経験区分 ( 1. こだわらない 2. 新卒のみ募集 3. 経験者のみ募集 ) 保健師 _____年以上 助産師 _____年以上 看護師 _____年以上 准看護師 _____年以上
業務内容(※)	
教員募集(※)	1. 募集しない 2. 募集する
<b>教員募集で「募集する」を選択した方は以下の項目を記入してください。</b>	
教員専門分野(※)	( ) 基礎看護 ( ) 老年看護 ( ) 精神看護 ( ) 成人看護 ( ) 母性看護 ( ) 小児看護 ( ) 地域看護 ( ) 家族看護 ( ) 看護管理 ( ) 在宅看護
教員職種(※)	1. 教員 2. 臨地実習指導者 9. その他
看護教員養成講習会の受講経験(※)	1. こだわらない 2. 希望する _____
教員経験年数(※)	1. こだわらない 2. 希望する _____年以上
臨床指導者講習会の受講経験(※)	1. こだわらない 2. 希望する _____
臨床経験年数(※)	1. こだわらない 2. 希望する _____年以上
必要学位	( ) 短期大学士・準学士 ( ) 学士 ( ) 修士 ( ) 博士
賃金形態(※)	◎第1希望資格の賃金形態・給与額を記入してください。 1. 月給 2. 日給 3. 時給 4. 年俸 9. その他 _____
給与(総支給額)(※)	◎総支給額には各種手当1を含めてください。 _____ ~ _____ 円/年、月、日、時間、回数
給与(基本給)	_____ ~ _____ 円/年、月、日、時間、回数
昇給(※)	1. なし 2. あり
業務経験加算(※)	1. なし 2. あり
年間賞与(※)	1. なし 2. あり
各種手当1(※)	◎希望勤務形態に応じた手当を記入してください。 夜勤手当額(準夜勤) _____ 円以上/回 夜勤手当額(当直) _____ 円以上/回 夜勤手当額(深夜勤) _____ 円以上/回 時間外手当額 _____ 円以上/時間 夜勤手当額(2交替制) _____ 円以上/回 休日出勤手当 ( 1. なし 2. あり )
各種手当2	その他手当 _____ 円 内容 _____
制度(※)	退職金制度 ( 1. なし 2. あり ) 人事考課制度 ( 1. なし 2. あり ) その他 ( 1. なし 2. あり _____ )
各種保険制度(※)	雇用保険制度 ( 1. なし 2. あり ) 労災保険制度 ( 1. なし 2. あり ) 健康保険制度 ( 1. なし 2. あり ) 厚生年金制度 ( 1. なし 2. あり ) その他保険制度 ( 1. なし 2. あり ) イベント保険 ( 1. なし 2. あり )
給与の特記事項	
公共職業安定所への求人登録(※)	1. なし 2. あり
採用施設名(※)	フリガナ _____
採用施設住所(※)	〒 _____
採用担当者名(※)	フリガナ _____ フリガナ _____ 姓 _____ 名 _____
採用担当部署(※)	
電話番号(※)	— —
FAX番号	— —
メールアドレス(※)	
ホームページアドレス	
派遣事業者の該当(※)	1. 該当しない 2. 派遣事業者 一般労働者派遣事業許可番号 _____ 般

## 求人番号 S

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 年数はすべて西暦で記入してください。  
 ( )に該当するものすべてにチェックをつけてください。  
 選択肢に番号があるものは1つ選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_は記入欄です。

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

雇用形態(※)	3. 臨時雇用(期間が1ヵ月未満の雇用)		
勤務先施設名(※)	フリガナ _____		
勤務先施設住所(※)	〒 _____		
勤務地までの通勤手段	最寄駅 _____ 線 _____ 駅	最寄駅からの 最寄駅からの交通手段 ( バス・車・徒歩 ) 停留所 _____ 所要時間 _____ 分	
開設者(※)	01. 国立病院機構(厚労省系)    02. 独立行政法人(文科省系)    03. 労働者健康福祉機構    04. 国(その他) 05. 都道府県    06. 市区町村    07. 日赤    08. 済生会 09. 北海道社会事業協会    10. 厚生連    11. 国民健康保険団体連合会    12. 全国社会保険協会連合会 13. 厚生年金事業振興団    14. 船員保険会    15. 健康保険組合及びその連合会    16. 共済組合及びその連合会 17. 国民健康保険組合    18. その他の公益法人    19. 医療法人    20. 学校法人 21. 会社    22. 医師会    23. 社会福祉法人    24. 宗教法人 25. その他の法人    26. 個人    27. ボランティア団体    28. NPO法人 99. その他		
施設種別(※)	◎個人にチェックした方は、当サイト(e-ナースセンター)上で、求人者個人を特定できるような情報は掲載されません。		
	01. 病院(500床以上)	02. 病院(499~200床)	03. 病院(199~20床)
	04. 診療所(有床)	05. 診療所(無床)	06. 介護老人保健施設
	10. 介護老人福祉施設(特養)	11. デイサービス・デイケアセンター	12. 在宅介護支援センター
	13. ケアハウス・グループホーム・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
	30. 訪問看護ステーション	31. 都道府県・保健所	32. 市区町村・保健センター
	33. 保育所・幼稚園	34. その他居宅介護支援事業所	35. 会社・事業所
	36. 健診センター・労働衛生機関	37. 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)	50. 学校・養成所等
	90. 救護(イベント等)	91. 個人(自宅などで看護職を必要としている方)	99. その他
募集人数(※)	_____人	雇用期間(※)	_____年____月____日から _____年____月____日まで 雇用日数(※) _____日間
派遣求人の種類(※)	1. 該当しない    2. 一般派遣    3. 紹介予定派遣		
その他雇用上の 特記事項			
勤務形態(※)	1. 3交替制    2. 2交替制    3. 3交替制と2交替制の併用    4. 当直制    5. 日勤のみ    6. 夜勤のみ 9. その他 _____		
勤務時間(※)	勤務時間1 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分	勤務曜日・時間の相談可否(※)	1. 可能    2. 不可
	勤務時間2 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分	所定労働時間を越える勤務の有無(※)	
	勤務時間3 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分	1. なし    2. あり 月平均超過時間 _____ 時間	
希望資格 (第1希望は※)	第1希望 ( 1. 保健師    2. 助産師    3. 看護師    4. 准看護師 ) 第2希望 ( ) 保健師 ( ) 助産師 ( ) 看護師 ( ) 准看護師		
希望業務経験(※)	経験区分 ( 1. こたわらない    2. 新卒のみ募集    3. 経験者のみ募集 ) 保健師 _____年以上    助産師 _____年以上    看護師 _____年以上    准看護師 _____年以上		
業務内容(※)			
賃金形態(※)	◎第1希望資格の賃金形態・給与額を記入してください。 1. 日給    2. 時給    9. その他 _____		
給与(総支給額)(※)	_____ ~ _____ 円/日、時間、回数	◎総支給額には各種手当を含めてください。	
給与(基本給)	_____ ~ _____ 円/日、時間、回数	業務経験加算(※)	1. なし    2. あり
各種手当	その他手当 _____ 円	内容 _____	
各種保険制度(※)	雇用保険制度 ( 1. なし    2. あり ) 労災保険制度 ( 1. なし    2. あり ) 健康保険制度 ( 1. なし    2. あり ) 厚生年金制度 ( 1. なし    2. あり ) その他保険制度 ( 1. なし    2. あり ) イベント保険 ( 1. なし    2. あり )		
給与の特記事項			公共職業安定所への求人登録(※)    1. なし    2. あり
採用施設名(※)	フリガナ _____		
採用施設住所(※)	〒 _____		
採用担当者名(※)	フリガナ _____	フリガナ _____	
	姓 _____	名 _____	
採用担当部署(※)			
電話番号(※)	- -		
FAX番号	- -		
メールアドレス(※)			
ホームページアドレス			
派遣事業者の該当(※)	1. 該当しない    2. 派遣事業者    一般労働者派遣事業許可番号 _____ 般		

求職番号 K \_\_\_\_\_

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 年数はすべて西暦で記入してください。  
 ( )に該当するものすべてにチェックをつけてください。  
 選択肢に番号があるものは1つ選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_ は記入欄です。

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名(※)	フリガナ _____ 姓	フリガナ _____ 名
性別(※)	1. 女性 2. 男性	生年月日(※) _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所(※)	〒 _____	
電話番号(※)	- - _____ ◎日中連絡可能な電話番号を記載してください。	
FAX番号	- - _____	
PCメールアドレス(※)	携帯電話メールアドレス	_____
取得免許(※)	保健師 ( 1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 助産師 ( 1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 看護師 ( 1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 准看護師 ( 1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ 取得都道府県 _____ )	
ナースセンターからの情報提供の希望(※)	1. 希望しない 2. 希望する	
認定・専門看護職資格(※)	認定看護師 ( 1. なし 2. あり 分野名 _____ ) 専門看護師 ( 1. なし 2. あり 分野名 _____ ) 認定看護管理者 ( 1. なし 2. あり )	
その他資格・特別資格	◎ケアマネジャーや自動車運転免許など看護職以外の資格があれば記載してください。	
看護専門学歴	( ) 大学院 ( ) 大学 ( ) 看護学校 ( ) 短期大学(専攻科含む) ( ) 専修学校 ( ) 保健師学校 ( ) 助産師学校 ( ) 准看護師学校 ( ) 高等学校(衛生看護科、5年一貫看護師養成課程・専攻科含む) ( ) その他	
看護経験(※)	1. なし 2. あり	

看護経験で「あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。

職種別看護経験年数(※)	保健師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 助産師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 看護師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 准看護師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月
経験役職等	主任 ( 1. なし 2. あり ) 師長 ( 1. なし 2. あり ) 部長 ( 1. なし 2. あり ) 教員 ( 1. なし 2. あり )
看護経験職歴	◎記入例：XXXX年XX月からXXXX年XX月 △△病院 ○○科 三交替勤務

退職(したい)理由	( ) 結婚 ( ) 出産・育児・子供の為 ( ) 配偶者の転勤 ( ) 老親の世話・家族の介護 ( ) 家事と両立しない ( ) 自分の適性・能力への不安 ( ) 看護他分野への興味 ( ) 医療以外の他分野への興味 ( ) Uターンのため ( ) 通勤困難 ( ) 転居 ( ) 健康上の理由(身体的疾患) ( ) 健康上の理由(女性特有疾患) ( ) 健康上の理由(精神的疾患) ( ) 上司(看護管理者等)との関係が悪い ( ) 同僚との関係が悪い ( ) 医師との関係が悪い ( ) 患者・ケア対象者との関係(暴言・暴力等) ( ) 看護内容への不満 ( ) 賃金への不満 ( ) 労働時間への不満 ( ) 夜勤回数への不満 ( ) 残業量が多い(月平均 _____ 時間) ( ) 福利厚生がない ( ) 継続教育がない ( ) 休みがとれない ( ) 医療事故への不安 ( ) その他 _____
-----------	---

どのような条件・環境があれば就業の継続ができましたか

--

求職番号 K \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

就業状況(※)	1. 未就業	2. 就業中(看護職)	3. 学生(免許未取得)	4. 学生(看護職)
希望時期(※)	1. 未定 2. _____年____月 から就職を希望する			
就職希望資格(※)	1. 保健師	2. 助産師	3. 看護師	4. 准看護師
教員希望(※)	1. なし 2. あり			

教員希望で「あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。

教員希望分野(※)	<input type="checkbox"/> 基礎看護	<input type="checkbox"/> 老年看護	<input type="checkbox"/> 精神看護	<input type="checkbox"/> 成人看護	<input type="checkbox"/> 母性看護
	<input type="checkbox"/> 小児看護	<input type="checkbox"/> 地域看護	<input type="checkbox"/> 家族看護	<input type="checkbox"/> 看護管理	<input type="checkbox"/> 在宅看護

希望施設(※)	<input type="checkbox"/> 病院(500床以上)	<input type="checkbox"/> 病院(499~200床)	<input type="checkbox"/> 病院(199~20床)
	<input type="checkbox"/> 診療所(有床)	<input type="checkbox"/> 診療所(無床)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養)	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケアセンター	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター
	<input type="checkbox"/> ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> その他社会福祉施設	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 都道府県・保健所	<input type="checkbox"/> 市区町村・保健センター
	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園	<input type="checkbox"/> その他居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 会社・事業所
	<input type="checkbox"/> 健診センター・労働衛生機関	<input type="checkbox"/> 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)	<input type="checkbox"/> 学校・養成所等
	<input type="checkbox"/> 救護(イベント等)	<input type="checkbox"/> 個人(自宅などで看護職を必要としている方)	<input type="checkbox"/> その他

希望業務内容(※)	<input type="checkbox"/> 病棟看護	<input type="checkbox"/> 外来看護	<input type="checkbox"/> 手術室看護
	<input type="checkbox"/> ICU(集中治療室)	<input type="checkbox"/> CCU(冠疾患集中治療室)	<input type="checkbox"/> NICU(新生児集中治療室)
	<input type="checkbox"/> 救命救急	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> ホスピス
	<input type="checkbox"/> 相談・指導	<input type="checkbox"/> 施設看護(社会福祉施設)	<input type="checkbox"/> 看護管理
	<input type="checkbox"/> 地域保健	<input type="checkbox"/> 健康管理(学校保健室/企業・大学の健康管理室/有料老人ホーム/保育園など)	
	<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 救護(イベント)	<input type="checkbox"/> 旅行添乗
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> ケアマネジメント	<input type="checkbox"/> 介護(入浴介助など)
	<input type="checkbox"/> 教育	<input type="checkbox"/> 臨床実習指導	<input type="checkbox"/> 通信添削指導員
	<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 研究・開発	<input type="checkbox"/> 広報・企画
	<input type="checkbox"/> 営業・販売	<input type="checkbox"/> 事務	<input type="checkbox"/> その他

雇用形態(※)	1. 常勤(期間に定めのない雇用) 2. 非常勤(期間に定めのある1ヵ月以上の雇用) 3. 臨時雇用(期間が1ヵ月未満の雇用)		
派遣希望の種類(※)	1. こだわらない 2. 希望しない 3. 一般派遣 4. 紹介予定派遣		
短時間正職員制度(※)	1. 希望しない 2. 希望する	正職員登用制度(※)	1. 希望しない 2. 希望する
勤務形態(※)	1. こだわらない 2. 交替制(3交替、2交替、変則交替、当直を含む) 3. 日勤のみ 4. 夜勤のみ		
希望週休(※)	1. 完全週休2日制 2. 隔週週休2日以上 9. その他		

勤務形態で「日勤のみ」または「夜勤のみ」を選択した方は以下の項目を記入してください。

勤務曜日(※)	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝祭日
勤務時間(※)	_____ : _____ ~ _____ : _____

賃金形態(※)	1. 月給 2. 日給 3. 時給 4. 年俸 9. その他
総給与額(※)	_____円/年、月、日、時間、回数

希望設備(※)	宿舎 (1. 希望しない 2. 単身 3. 世帯) 駐車場 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 ( _____ )
---------	---

就職に考慮すべき家族(※)	1. いない 2. いる _____人
---------------	---------------------

子育て支援(※)	育児短時間制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 保育所 (1. 希望しない 2. 希望する) 夜勤免除 (1. 希望しない 2. 希望する) 学童保育 (1. 希望しない 2. 希望する) 超過勤務免除 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 ( _____ )
----------	---

介護支援(※)	介護短時間制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 夜勤免除 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 ( _____ )
---------	---

キャリアアップ支援(※)	キャリアに応じた能力向上支援 (1. 希望しない 2. 希望する) 勉学休職制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 外部研修への補助 (1. 希望しない 2. 希望する) 2年課程への進学への配慮 (1. 希望しない 2. 希望する)
--------------	--

就職の際に重視する条件(※)	◎重視する条件を上位3つまで選択してください。				
	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 勤務時間	<input type="checkbox"/> 通勤時間	<input type="checkbox"/> 保育施設	<input type="checkbox"/> 看護内容
	<input type="checkbox"/> 休暇	<input type="checkbox"/> 宿舎・寮	<input type="checkbox"/> キャリアアップ支援	<input type="checkbox"/> 子育て支援	<input type="checkbox"/> その他

インターネットへの情報公開(※)	1. 希望しない 2. 希望する	公共職業安定所への求職登録(※)	1. なし 2. あり
------------------	------------------	------------------	-------------

自己PR			
------	--	--	--

登録ナースセンター(※)	希望勤務地(※)	
--------------	----------	--

# プライバシーポリシー

中央ナースセンターと都道府県ナースセンター（以下ナースセンターといいます。）は共同体として利用者のプライバシーを尊重し、個人情報の保護に最大限努力して参ります。

1. ナースセンターでは、個人情報を以下の対応への目的で利用いたします。
  - (1) 職業紹介業務のため
  - (2) 「ナースセンターだより」等の冊子を送付するため
  - (3) アンケート用紙・調査票を送付するため
2. ナースセンターは個人情報への紛失、破壊、改ざん、漏えい、不正アクセスなどが生じないようにセキュリティ対策を講じて適正に管理します。
3. ナースセンターは利用者のご同意がない限り、個人情報を第三者に開示や提供をいたしません。
4. ナースセンターは個人情報の取扱いを外部に委託する場合は適正な取扱いを確保するための契約締結、実施状況の点検などを行います。
5. ナースセンターは本人が自己の個人情報について開示、訂正、利用停止および削除等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求がある場合には速やかに対応します。
6. ナースセンターは個人情報保護法などの法令・その他規範・ガイドラインを遵守します。
7. ナースセンターは個人情報保護に関する規程類を整備し、継続した改善を行っていきます。

## 問い合わせ窓口

〒150-0001

東京都渋谷区神宮前5-8-2

公益社団法人 日本看護協会 労働政策部 中央ナースセンター課

電話番号：03-5778-8561

FAX番号：03-5778-5602

e-mail：webmaster@nurse-center.net

## 【求職票の記入内容の利用について】

- (1) 統計および分析に利用します。
  - (2) インターネットへの情報公開を希望した場合は、個人情報が含まれない就業希望条件等がインターネット上に公開され、求人施設の人材検索の対象となります。
  - (3) 就業促進を目的とする調査にご協力をお願いすることがあります。
- (注) ナースセンターによっては、求職票の内容を公共職業安定所に連絡する場合がありますのでご了承願います。  
ただし、公共職業安定所に自動登録されることはありません。

## 【求人票の記入内容の利用について】

- (1) 統計および分析に利用します。
  - (2) e-ナースセンターにおいて内容の全てがナースセンター求職登録者に利用限定した求人情報検索の閲覧対象になります。
  - (3) 就業促進を目的とする調査にご協力をお願いすることがあります。
- (注) ナースセンターによっては、求人票の内容を公共職業安定所に連絡する場合がありますのでご了承願います。  
ただし、公共職業安定所に自動登録されることはありません。

# 都道府県ナースセンター所在地一覧

平成26年12月現在

都道府県	所在地	TEL	FAX
北海道ナースセンター	〒003-0027 札幌市白石区本通17丁目北3番24号 公益社団法人北海道看護協会内1階	011-863-6794	011-866-2244
青森県ナースセンター	〒030-0822 青森市中央三丁目20-30 県民福祉プラザ3階 公益社団法人青森県看護協会内	017-723-4580	017-735-3836
岩手県ナースセンター	〒020-0117 盛岡市緑ヶ丘2-4-55 岩手県看護研修センター1階 公益社団法人岩手県看護協会内	019-663-5206	019-663-5263
宮城県ナースセンター	〒980-0871 仙台市青葉区八幡二丁目10番19号 公益社団法人宮城県看護協会内	022-272-8573	022-272-7801
秋田県ナースセンター	〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 秋田県総合保健センター5階 公益社団法人秋田県看護協会内	018-832-8810	018-835-9522
山形県ナースセンター	〒990-2473 山形市松栄1丁目5-45 公益社団法人山形県看護協会内	023-646-8878	023-646-8868
福島県ナースセンター	〒963-8871 郡山市本町1丁目20番24号 福島県看護会館みらい1階 公益社団法人福島県看護協会内	024-934-0500	024-991-5560
茨城県ナースセンター	〒310-0034 水戸市緑町3-5-35 茨城県保健衛生会館3階 公益社団法人茨城県看護協会内	029-225-8572	029-226-0493
栃木県ナースセンター	〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1 とちぎ健康の森4階 公益社団法人栃木県看護協会	028-625-3831	028-625-8988
群馬県ナースセンター	〒371-0007 前橋市上泉町1858-7 公益社団法人群馬県看護協会内	027-269-5202	027-269-8601
埼玉県ナースセンター	〒338-0011 さいたま市中央区新中里3-3-8 埼玉地域看護研修センター2階 公益社団法人埼玉県看護協会内	048-824-7266	048-833-8500
千葉県ナースセンター	〒261-0002 千葉市美浜区新港249-10	043-247-6371	043-247-6620
東京都ナースセンター (ナースバンク東京)	〒162-0815 新宿区筑土八幡町4-17 (ナースバンク東京) 東京都看護協会会館1階	03-3359-3388	03-3359-3360
神奈川県ナースセンター	〒231-0037 横浜市中区富士見町3番1 神奈川県総合医療会館5階	045-263-2101	045-263-2104
新潟県ナースセンター	〒951-8133 新潟市中央区川岸町2-11 新潟県看護研修センター1階 公益社団法人新潟県看護協会内	025-233-6011	025-265-4188
富山県ナースセンター	〒930-0885 富山市鶴島字川原1907-1 公益社団法人富山県看護協会内	076-433-5251	076-433-5281
石川県ナースセンター	〒920-0931 金沢市兼六元町3-69 公益社団法人石川県看護協会内	076-225-7771	076-225-7788
福井県ナースセンター	〒918-8206 福井市北四ツ居町601 公益社団法人福井県看護協会会館内	0776-52-1857	0776-52-1858
山梨県ナースセンター	〒400-0807 甲府市東光寺2-25-1 公益社団法人山梨県看護協会内1階	055-226-0110	055-222-5988
長野県ナースセンター	〒390-0802 松本市旭2丁目11-34 長野県看護協会会館	0263-35-0067	0263-34-0311
岐阜県ナースセンター	〒500-8384 岐阜市藪田南5-14-53 岐阜県県民ふれあい会館第1棟5階 公益社団法人岐阜県看護協会内	058-277-1010	058-277-1011
静岡県ナースセンター	〒422-8067 静岡市駿河区南町14番25号 エスパティオ3階	054-202-1761	054-202-1762
愛知県ナースセンター	〒466-0054 名古屋市中区昭和区円上町26-15 愛知県高辻センター1階	052-871-0600	052-883-3686
三重県ナースセンター	〒514-0062 津市観音寺町字東浦457-10 三重県看護研修会館別館	059-222-0466	059-222-0465
滋賀県ナースセンター	〒525-0032 草津市大路2丁目11-51 滋賀県看護研修センター 公益社団法人滋賀県看護協会内	077-564-9494	077-562-8998
京都府ナースセンター	〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町375 ハートピア京都7階	075-222-0316	075-222-0528
大阪府ナースセンター	〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-5-25 公益社団法人大阪府看護協会 ナーシングアート大阪1階	06-6964-5550	06-6964-5551
兵庫県ナースセンター	〒650-0011 神戸市中央区下山手通5-6-24 公益社団法人兵庫県看護協会内	078-341-0240	078-341-0340
奈良県ナースセンター	〒634-0813 橿原市四條町288-8 奈良県看護研修センター1階	0744-25-4031	0744-24-7703
和歌山県ナースセンター	〒641-0036 和歌山市西浜1014-27 看護研修センター内1階	073-446-0121	073-446-0899
鳥取県ナースセンター	〒680-0901 鳥取市江津318-1 看護研修センター1階 公益社団法人鳥取県看護協会内	0857-25-1222	0857-25-1223
島根県ナースセンター	〒690-0049 松江市袖師町7-11 看護研修センター1階 公益社団法人島根県看護協会内	0852-27-8510	0852-25-3157
岡山県ナースセンター	〒700-0805 岡山市北区兵団4番39 岡山県看護研修センター内3階	086-226-3639	086-226-0341
広島県ナースセンター	〒730-0803 広島市中区広瀬北町9-2 公益社団法人広島県看護協会会館1階	082-293-9786	082-295-6749
山口県ナースセンター	〒747-0062 防府市大字上右田2686 山口県看護研修会館新館1階 公益社団法人山口県看護協会内	0835-24-5791	0835-24-1230
徳島県ナースセンター	〒770-0003 徳島市北田宮1丁目329-18 公益社団法人徳島県看護協会内	088-631-5544	088-632-1084
香川県ナースセンター	〒769-0102 高松市国分寺町国分152-4 公益社団法人香川県看護協会看護研修センター2階	087-864-9075	087-864-9071
愛媛県ナースセンター	〒790-0843 松山市道後町2丁目11-14 公益社団法人愛媛県看護協会内愛媛看護研修センター1階	089-924-0848	089-996-8425
高知県ナースセンター	〒780-8066 高知市朝倉己825番5 公益社団法人高知県看護協会内	088-844-0758	088-844-0053
福岡県ナースセンター	〒812-0054 福岡市東区馬出4-10-1 ナースプラザ福岡	092-631-1221	092-631-1223
佐賀県ナースセンター	〒849-0201 佐賀市久保田町大字徳万1997-1 公益社団法人佐賀県看護協会内	0952-51-3511	0952-68-3603
長崎県ナースセンター	〒854-0072 諫早市永昌町23-6 ながさき看護センター1階 公益社団法人長崎県看護協会内	0957-49-8060	0957-49-8063
熊本県ナースセンター	〒862-0901 熊本市東町3-10-39 看護研修センター1階 公益社団法人熊本県看護協会内	096-365-7660	096-365-7640
大分県ナースセンター	〒870-0855 大分市大字豊饒310番地の4 大分県看護研修会館1階 公益社団法人大分県看護協会内	097-574-7136	097-574-7361
宮崎県ナースセンター	〒889-2155 宮崎市学園木花台西2-4-6 公益社団法人宮崎県看護協会1階	0985-58-4525	0985-58-2939
鹿児島県ナースセンター	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町21-5 看護研修会館1階 公益社団法人鹿児島県看護協会内	099-256-8025	099-256-8079
沖縄県ナースセンター	〒901-1105 糸原郡南風原町新川272番地17 沖縄県看護研修センター1階 公益社団法人沖縄県看護協会内	098-888-3128	098-888-3126