

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(正職員などの無期雇用)	2. 非常勤(委託嘱託などの有期雇用)
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(※)	_____から(バス・車・徒歩) (停留所 _____) 最寄駅からの所要時間 _____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 ( )火曜 ( )水曜 ( )木曜 ( )金曜 ( )土曜 ( )日曜 ( )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割以下 ) 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. 主として相談・指導業務を専らとする診療所 3. 主として採血・供血を専らとする診療所    4. 主として健診業務を専らとする診療所 5. 主として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)
子育て支援状況(※)	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

勤務曜日(※)	( ) 月曜 ( ) 火曜 ( ) 水曜 ( ) 木曜 ( ) 金曜 ( ) 土曜 ( ) 日曜 ( ) 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. 相談可能 2. 相談不可
-----------------	-----------------

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. 完全週休二日制 2. 隔週週休二日以上 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「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(※)	( ) 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/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 _____