

看護のお仕事応援フェア 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)		この項目は東京都ナースプラザが使用します ※記入不要です K	
ふりがな とうきょう はなこ	男	西暦	1990 年 12 月 3 日生
氏名 東京 花子	(女)	生年月日	(33 歳)
住所 (〒160 - 0023) 東京 (都) 新宿 (区) 西新宿4-2-19			
TEL (日中連絡が取れる番号) 03-5309-2063	Emailアドレス tokyo @ nurse-center.net		
看護経験 (*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○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。		
■就業を希望する資格(第1希望)に○をつけてください ※就業中の方は、お勤め中の資格 *保健師 *助産師 (*看護師) *准看護師	■就業状況に○をつけてください ① 就業中 (② 離職中) 退職したのは2022 年 3 月 離職期間は 1 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) ③看護職以外		

上の見本を参考に、以下のシートにご記入の上、総合受付までお持ちください

看護のお仕事応援フェア 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)		この項目は東京都ナースプラザが使用します ※記入不要です K	
ふりがな	男	西暦	年 月 日生
氏名	女	生年月日	(歳)
住所 (〒 -) 都・道 区 府・県 市町			
TEL (日中連絡が取れる番号)	Emailアドレス		
看護経験 *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○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。		
■就業を希望する資格(第1希望)に○をつけてください ※就業中の方は、お勤め中の資格 *保健師 *助産師 *看護師 *准看護師	■就業状況に○をつけてください ① 就業中 ② 離職中 退職したのは 年 月 離職期間は 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) ③看護職以外		

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