

## 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

ふりがな  かんご はなこ

男

西暦 1990 年 12 月 3 日生

氏名  看護 花子 女

生年月日

西暦でご記入ください

住所 (〒160 - 0023 )

 東京  都  道  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☑)

 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

■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

■現在の状況

 ② 離職中

離職中の方は退職年月をご記入ください

退職したのは2022 年 3 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)

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

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

ふりがな

男

西暦 年 月 日生

氏名

女

生年月日

( 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☑)

 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

■現在の状況に○をつけてください

① 就業中

② 離職中

退職したのは 年 月

※不明の場合はおおよそで構いません

③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