

裏面に「書き方見本」があります。

長野県ナースセンター登録票

空欄を埋め該当箇所に○を（ ）には該当事項をご記入ください

(年 月 日 記載)

氏名	(ふりがな)	男 女	生年月日 西暦 年 月 日生
連絡先	住所 〒 -		
	自宅 TEL :		FAX :
	携帯電話 :		
	メールアドレス :		
取得資格	保 () 助 () 看 () 准看 ()、 県で取得 他の資格 ()		
経歴			
現在の就業状況	就業中 () 未就業 (年 月より就業希望・未定)		
退職の理由	定年退職 自己都合退職等 (理由:)		
内容 希望 就業 施設 ・ 仕事			
就業可能な条件	常勤 ・ 非常勤 ・ 臨時雇用 (1 カ月未満の仕事) 希望曜日: 月 火 水 木 金 土 日 祝 () 勤務可能な時間帯 () ~ () 勤務地域 () その他 ()		
	希望賃金額	年額・月額・時給: ~ 円	
必要 就業 に際 して 支援	就業に際して考慮すべき家族が いる (人) いない		
	子育て支援	希望する 希望しない ()	
	介護支援	希望する 希望しない ()	
	研修	希望する 希望しない ()	
公共職業安定所への求職登録	あり なし		

※ご記入いただいた内容は、e-ナースセンターに登録し本会の個人情報保護規則により適正に管理します。

長野県ナースセンター (公益社団法人長野県看護協会)

TEL 0263-35-0067 FAX 0263-34-0311

「書き方見本」

長野県ナースセンター登録票

空欄を埋め該当箇所に○を（ ）には該当事項をご記入ください

(年 月 日 記載)

氏名	(ふりがな) ながの かんこ 長野 看子	男 女	生年月日 西暦 19〇〇年△△月☆☆日生
連絡先	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 松本市旭△△-〇〇 ☆☆マンション 202 号室		
	自宅 TEL : 026〇-〇〇-〇〇〇〇 FAX : 左に同じ		
	携帯電話 : 090-〇〇〇〇-××××		
	メールアドレス : abcdefg@〇〇〇〇.ne.jp		
取得資格	保 () 助 () 看 () 67890 准看 () 県で取得 他の資格 (ケアマネージャー、普通自動車運転免許)		
経歴	〇〇病院 (内科病棟 三交替勤務 5 年、ICU 2 交替 6 年、外科病棟 2 交代勤務 6 年、脳外科病棟 2 交替勤務 5 年、訪問看護 12 年、うち訪問看護管理者 5 年) △△訪問看護ステーション管理者 3 年 現在に至る 2015 年 3 月末退職予定		
現在の就業状況	就業中 (△△訪問看護 ST) 未就業 (2013 年 5 月より就業希望・未定)		
退職の理由	定年退職 自己都合退職等 (理由 : 家族の介護・孫の育児、ゆっくりした時間がほしい)		
お希望就業施設	・ イベント救護 ・ 訪問看護の研修の講師 ・ 福祉施設への研修の講師		
就業可能な条件	常勤 ・ 非常勤 ・ 臨時雇用 (1 カ月未満の仕事) 希望曜日 : 月 火 水 木 金 土 日 祝 (いつでも可能) 勤務可能な時間帯 (9 : 00) ~ (20 : 00) うち 4 時間程度 勤務地域 (長野市~上田市、安曇野市~松本市~塩尻市) その他 (腰痛があり、負荷のかかる仕事は出来ない)		
	希望賃金額 年額・月額・時給 : 60~90 万円		
就業に際して必要な支援	就業に際して考慮すべき家族が いる (2 人) いない		
	子育て支援	希望する	希望しない (孫の保育園の送り迎えをしているため)
	介護支援	希望する	希望しない (配偶者の体調が悪いため)
	研修	希望する	希望しない (いつも新しい情報に触れていたいため)
公共職業安定所への求職登録	あり なし		

※ご記入いただいた内容は、e-ナースセンターに登録し本会の個人情報保護規則により適正に管理します。