

【求人登録票（代行登録用）】

施設名		フリガナ ----- 〒
住 所		フリガナ 〒
院長名		フリガナ -----
採用担当者 (院長以外の 場合は記入し てください)	氏 名	フリガナ -----
	役職名	
電話番号		
FAX 番号		
メールアドレス		
公共職業安定所への登録		1 なし                      2 あり

※勤務先施設が上記と異なる場合は下記に記入してください

勤務先施設名	フリガナ ----- 〒
住 所	フリガナ 〒

施設種別	1 診療所（無床）                      2 診療所（有床） 3 病院（20～199床）                  4 病院（200～499床） 5 病院（500床以上）                  6 その他（                      ）
診療科目・他	
職場分煙状況	1 敷地内全面禁煙                      2 分煙
雇用形態	1 常勤（期間に定めのない雇用） <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 正規以外 2 非常勤（期間に定めのある1ヵ月以上の雇用） 3 どちらでも可
希望資格	第一希望    1 保健師    2 助産師    3 看護師    4 准看護師    5 看護補助者
	第二希望    1 保健師    2 助産師    3 看護師    4 准看護師    5 看護補助者

業務内容	1 外来看護      2 検診業務      3 病棟看護 4 手術室看護      5 その他（具体的に： _____）
------	---

※雇用形態を **常勤** に選択した場合、記入してください。

就業時期	(西暦) 年 月 から
------	-------------

※雇用形態を **非常勤** に選択した場合、記入してください。

雇用期間	(西暦) 年 月 日 から 年 月 日まで
------	-----------------------

募集人数	常勤 _____ 人      非常勤 _____ 人
勤務形態	1 日勤のみ      2 夜勤のみ      3 2交代制 4 3交代制      5 その他（具体的に： _____）
勤務曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日
勤務時間	勤務時間1 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分 （※必須） 勤務時間2 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分 勤務時間3 _____ : _____ ~ _____ : _____ 休憩時間 _____ 分
勤務日・時間の相談	1 可      2 不可
施設のPRや雇用上の特記事項	
時間外勤務	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（4週8休）      2 月3回週休2日（4週7休） 3 週休1日半（土曜日等半日勤務）      4 その他（ _____ ）
賃金形態	1 月給      2 日給      3 時給      4 年俸      5 その他
給与(基本給)	(最低) _____ ~ (最高) _____ 円 / 年、月、日、時間、回数
給与(総支給額)	(最低) _____ ~ (最高) _____ 円 / 年、月、日、時間、回数
固定残業代	1 なし      2 あり（固定残業代に含む残業時間 _____ 時間分）
各種保険制度	雇用保険( 1 あり    2 なし )      労災保険( 1 あり    2 なし ) 健康保険( 1 あり    2 なし )      厚生年金( 1 あり    2 なし ) その他保険( 1 あり    2 なし )      パンク保険( 1 あり    2 なし )
試用期間	1 なし      2 あり（最大 _____ カ月間）
試用期間中の労働条件	1 本採用と同じ 2 本採用とは異なる（具体的に： _____）
選考方法 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 書類選考 <input type="checkbox"/> 筆記試験 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
選考結果	_____ 日以内 に通知する
通知方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
応募書類	1 求人施設の責任にて破棄（返戻なし）      2 求職者へ返戻

手当	夜勤手当 (準夜勤)	_____円以上/回		
	(深夜勤)	_____円以上/回		
	(2交代制)	_____円以上/回		
	(当直/オンコール)	_____円以上/回		
	時間外手当 ( 1 法定内 2 法定以上 )			
	休日出勤手当 ( 1 法定内 2 法定以上 )			
	通勤手当 ( 1 なし 2 あり )			
昇給	1 あり	2 なし		
経験年数の賃金評価	1 あり	2 なし		
年間賞与	1 あり	2 なし		
退職金制度	1 あり	2 なし		
正職員への登用制度	1 あり	2 なし		
求人の特徴	1 復職・ブランクOK	2 募集領域未経験OK	3 60歳以上歓迎	4 新卒歓迎
紹介の緊急性	1 急ぐ	2 急がない		

-----

ナースセンターに伝えたい事などがありましたら、お書きください

-----

〈お問い合わせ〉

公益社団法人 長野県看護協会 ナースセンター部

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

Email nagano@nurse-center.net