

記入日（西暦） 年 月 日

FAX ⇒ 0263-34-0311 長野県看護協会 ナースセンター部

【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		
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 看護師 2 准看護師 3 助産師 4 保健師
	第二希望	1 看護師 2 准看護師 3 助産師 4 保健師

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や雇用上的特記事項	
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) 介護保険(1 あり 2 なし)
試用期間	1 なし 2 あり（最大 _____ヵ月間）
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

※以下の内容はFAX送信不要です。

ただし登録には必要な項目で、後日ナースセンター職員が確認させていただきます。
あらかじめご準備いただければと存じます。ご了承ください。

※聞き取り項目（必須）

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 ）	
年間賞与	1 あり	2 なし
正職員への登用制度	1 あり	2 なし
紹介の緊急性	1 急ぐ	2 急がない

〈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