

くまもと復興応援ナース登録票

氏名	ふりがな			
	姓	名		
性別	男	女	生年月日	年 月 日 歳
住所	〒			
電話			携帯	
メールアドレス				

※該当する箇所に○をつけてください

【 I. 取得免許および経験年数 】				
1. 保健師()年	2. 助産師()年	3. 看護師()年	4. 准看護師()年	
【 II. 看護経験職歴 】				
1. 病棟看護	2. 外来看護	3. 手術室看護	4. 集中治療室	5. 救命救急
6. 人工透析	7. 緩和ケア	8. 看護管理	9. 医療安全担当	10. 助産師業務
11. 保健師業務	12. 訪問看護	13. 小児看護	14. その他()	

※就業希望(複数選択可)でご記入ください

【 III. 業務内容 】				
1. 病棟業務(①急性期 ②回復期 ③療養 ④精神)		2. 外来業務(①一般外来 ②救急業務)		
3. 助産業務 4. 手術室 5. 人工透析 6. その他()				
【 IV. 雇用期間 】				
1. 1ヶ月以内 2. 1~4ヶ月 3. 4~6ヶ月 4. 6ヶ月以上 5. その他()				
【 V. 雇用時期 】				
1. いつでも可能 2. ()月から可能 3. ()月は避ける 4. その他()				
【 VI. 勤務形態 】				
1. 日勤のみ 2. 夜勤のみ 3. 交代制 4. その他()				
【 VII. 給与 】				
1. 時給()円以上 2. 日給()円以上 3. 月給()円以上				

※登録に関する情報は、本事業のみに使用し、
熊本県ナースセンターで管理いたします。

公益社団法人 熊本県看護協会ナースセンター
担当者:河津 鏡
 TEL:096-365-7660 FAX:096-365-7640