

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 ( )は複数回答を意味します。該当するものすべてにチェックをつけてください。  
 選択肢に番号があるものは単数回答を意味します。1つのみを選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_ は記入欄です。

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**I 看護職情報**

氏名(※)	フリガナ _____ 姓	フリガナ _____ 名
性別(※)	1. 女性 2. 男性	生年月日(※) _____ (西暦) 年 _____ 月 _____ 日
住所(※)	〒 _____	
電話番号(※)	_____ ◎日中連絡可能な電話番号を記載してください。	
電話番号	_____	
FAX番号	_____	
メールアドレス(※)	1. PC 2. 携帯電話	
メールアドレス	1. PC 2. 携帯電話	
取得免許(※)	保健師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 助産師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 看護師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ ) 准看護師 (1. なし 2. 取得予定 3. あり 免許番号 _____ 取得都道府県 _____ )	
認定・専門看護職資格	認定看護師 (1. なし 2. あり) 分野 ( ) 救急看護 ( ) 皮膚・排泄ケア ( ) 集中ケア ( ) 緩和ケア ( ) がん化学療法看護 ( ) がん性疼痛看護 ( ) 訪問看護 ( ) 感染管理 ( ) 糖尿病看護 ( ) 不妊症看護 ( ) 新生児集中ケア ( ) 透析看護 ( ) 手術看護 ( ) 乳がん看護 ( ) 摂食・嚥下障害看護 ( ) 小児救急看護 ( ) 認知症看護 ( ) 脳卒中リハビリテーション看護 ( ) がん放射線療法看護 ( ) 慢性呼吸器疾患看護 ( ) 慢性心不全看護 専門看護師 (1. なし 2. あり) 分野 ( ) がん看護 ( ) 精神看護 ( ) 地域看護 ( ) 老人看護 ( ) 小児看護 ( ) 母性看護 ( ) 慢性疾患看護 ( ) 急性・重症患者看護 ( ) 感染症看護 ( ) 家族支援 ( ) 在宅看護 ( ) 遺伝看護 ( ) 災害看護 認定看護管理者 (1. なし 2. あり ) 特定行為研修修了者 (1. なし 2. あり )	
その他資格・特別資格	◎ケアマネジャーや自動車運転免許などの資格があれば記載してください。	
看護専門学歴	( ) 大学院 ( ) 大学 ( ) 短期大学(専攻科含む) ( ) 看護師学校養成所 ( ) 保健師学校養成所 ( ) 助産師学校養成所 ( ) 准看護師学校養成所 ( ) 高等学校(衛生看護科、5年一貫看護師養成課程・専攻科含む) ( ) その他	
看護経験(※)	1. なし 2. あり	

看護経験で「あり」を選択した方は以下の項目を記入してください。

職種別看護経験年数	保健師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 助産師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 看護師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月 准看護師 経験年数 _____ 年 _____ カ月 退職した年月 _____ 年 _____ 月
経験役職等	主任 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 師長 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 副看護部長 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 看護部長 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年 教員 (1. なし 2. あり) 経験年数 _____ 年
看護経験職歴	◎記入例：XXXX年XX月からXXXX年XX月 △△病院 ○○科 三交替制勤務

退職(したい)理由	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 子育て
	<input type="checkbox"/> 配偶者の転勤	<input type="checkbox"/> 親族の健康・介護	<input type="checkbox"/> 家事と両立しない
	<input type="checkbox"/> 自分の適性・能力への不安	<input type="checkbox"/> 看護職の他の職場への興味	<input type="checkbox"/> 看護職以外の他の職場への興味
	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 自分の健康(主に身体的理由)	<input type="checkbox"/> 自分の健康(主に精神的理由)
	<input type="checkbox"/> リフレッシュ	<input type="checkbox"/> 興味が持てない ・やりがいがない	<input type="checkbox"/> 進学・研修・留学
	<input type="checkbox"/> 上司(看護管理者等)との関係	<input type="checkbox"/> 同僚との関係	<input type="checkbox"/> 医師との関係
	<input type="checkbox"/> 患者・ケア対象者との関係 (暴言・暴力等)	<input type="checkbox"/> 昇進・昇給・給与に不満	<input type="checkbox"/> 雇用形態に不満
	<input type="checkbox"/> 福利厚生に不満	<input type="checkbox"/> 勤務時間が長い・超過勤務が多い	
	<input type="checkbox"/> 夜勤の負担が大きい	<input type="checkbox"/> 休暇がとれない	<input type="checkbox"/> 教育・研修体制に不満
	<input type="checkbox"/> 責任の重さ・医療事故への不安	<input type="checkbox"/> 看護の自律性・専門性が認められない	
	<input type="checkbox"/> 看護の理念・方針に不満	<input type="checkbox"/> 医療のIT化に適應できない	<input type="checkbox"/> 定年
	<input type="checkbox"/> 雇用者側の都合	<input type="checkbox"/> その他 _____	

どのような条件・環境があれば就業の継続ができましたか



希望設備	宿舎 (1. 希望しない 2. 単身 3. 世帯) 駐車場 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 ( _____ )
就職に考慮すべき家族	1. いない 2. いる _____ 人

子育てと仕事の両立支援	育児短時間勤務制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 夜勤の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) 超過勤務の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) 保育所 (1. 希望しない 2. 希望する) ◎保育所の希望がある場合、以下内容を記入してください。 夜間保育 (1. 希望しない 2. 希望する) 病児保育 (1. 希望しない 2. 希望する) 幼稚園との二重保育 (1. 希望しない 2. 希望する) 学童保育 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 _____
介護と仕事の両立支援	介護短時間勤務制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 夜勤の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) 超過勤務の減免 (1. 希望しない 2. 希望する) フレックスタイム制 (1. 希望しない 2. 希望する) 時差出勤制 (1. 希望しない 2. 希望する) 介護費用の助成 (1. 希望しない 2. 希望する) その他 _____
キャリアアップ支援	認定看護資格取得支援 (1. 希望しない 2. 希望する) 外部研修への補助 (1. 希望しない 2. 希望する) 勉学休職制度 (1. 希望しない 2. 希望する) 2年課程への進学への配慮 (1. 希望しない 2. 希望する)

就職の際に重視する条件	◎重視する条件を上位3つまで選択してください。 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 勤務時間 <input type="checkbox"/> 通勤時間 <input type="checkbox"/> 保育施設 <input type="checkbox"/> 看護内容 <input type="checkbox"/> 休暇 <input type="checkbox"/> 宿舎・寮 <input type="checkbox"/> キャリアアップ支援 <input type="checkbox"/> 子育てと仕事の両立支援 <input type="checkbox"/> その他
-------------	--

<b>求職者情報公開(※)</b> (氏名・連絡先は非公開です)	◎求職者情報を公開すると、求人施設側から連絡が届く場合があります。 1. 希望しない 2. 希望する	<b>公共職業安定所への求職登録(※)</b>	1. なし 2. あり
自己PR			
希望勤務地(※)	◎記入例：△△県〇〇市		
<b>登録ナースセンター(※)</b> (情報提供の希望)	◎基本的には住所地のナースセンターが登録ナースセンターとなります。 住所地とは異なるナースセンターからの情報提供等をご希望の場合は、希望する都道府県を選択してください。 <input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 青森県 <input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> 宮城県 <input type="checkbox"/> 秋田県 <input type="checkbox"/> 山形県 <input type="checkbox"/> 福島県 <input type="checkbox"/> 茨城県 <input type="checkbox"/> 栃木県 <input type="checkbox"/> 群馬県 <input type="checkbox"/> 埼玉県 <input type="checkbox"/> 千葉県 <input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 神奈川県 <input type="checkbox"/> 新潟県 <input type="checkbox"/> 富山県 <input type="checkbox"/> 石川県 <input type="checkbox"/> 福井県 <input type="checkbox"/> 山梨県 <input type="checkbox"/> 長野県 <input type="checkbox"/> 岐阜県 <input type="checkbox"/> 静岡県 <input type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 三重県 <input type="checkbox"/> 滋賀県 <input type="checkbox"/> 京都府 <input type="checkbox"/> 大阪府 <input type="checkbox"/> 兵庫県 <input type="checkbox"/> 奈良県 <input type="checkbox"/> 和歌山県 <input type="checkbox"/> 鳥取県 <input type="checkbox"/> 島根県 <input type="checkbox"/> 岡山県 <input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 山口県 <input type="checkbox"/> 徳島県 <input type="checkbox"/> 香川県 <input type="checkbox"/> 愛媛県 <input type="checkbox"/> 高知県 <input type="checkbox"/> 福岡県 <input type="checkbox"/> 佐賀県 <input type="checkbox"/> 長崎県 <input type="checkbox"/> 熊本県 <input type="checkbox"/> 大分県 <input type="checkbox"/> 宮崎県 <input type="checkbox"/> 鹿児島県 <input type="checkbox"/> 沖縄県		