

# 求人登録票 (臨時)

1 / 1

## 求人番号 S \_\_\_\_\_

太枠内の項目に記入してください。(※)は記入必須項目です。  
 年数はすべて西暦で記入してください。  
 ( )に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1つ選択し、○をつけてください。  
 \_\_\_\_\_は記入欄です。

受付区分 \_\_\_\_\_

受付年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

<b>雇用形態(※)</b>	<b>3. 臨時雇用(期間が1ヵ月未満の雇用)</b>				
<b>勤務先施設名(※)</b>	フリガナ _____				
<b>勤務先施設住所(※)</b>	〒 _____				
<b>勤務地までの通勤手段</b>	最寄駅 _____ 線 _____ 駅	最寄駅からの			
	最寄駅からの交通手段 ( バス・車・徒歩 )	停留所 _____	所要時間 _____ 分		
<b>開設者(※)</b>	01. 国立病院機構(厚労省系)    02. 独立行政法人(文科省系)    03. 労働者健康福祉機構    04. 国(その他) 05. 都道府県    06. 市区町村    07. 日赤    08. 済生会 09. 北海道社会事業協会    10. 厚生連    11. 国民健康保険団体連合会    12. 全国社会保険協会連合会 13. 厚生年金事業振興団    14. 船員保険会    15. 健康保険組合及びその連合会    16. 共済組合及びその連合会 17. 国民健康保険組合    18. その他の公益法人    19. 医療法人    20. 学校法人 21. 会社    22. 医師会    23. 社会福祉法人    24. 宗教法人 25. その他の法人    26. 個人    27. ボランティア団体    28. NPO法人 99. その他				
<b>施設種別(※)</b>	◎個人にチェックした方は、当サイト(e-ナースセンター)上で、求人者個人を特定できるような情報は掲載されません。				
	01. 病院(500床以上)    02. 病院(499~200床)    03. 病院(199~20床) 04. 診療所(有床)    05. 診療所(無床)    06. 介護老人保健施設 10. 介護老人福祉施設(特養)    11. デイサービス・デイケアセンター    12. 在宅介護支援センター 13. ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム    14. その他社会福祉施設    15. 地域包括支援センター 30. 訪問看護ステーション    31. 都道府県・保健所    32. 市区町村・保健センター 33. 保育所・幼稚園    34. その他居宅介護支援事業所    35. 会社・事業所 36. 健診センター・労働衛生機関    37. 小学校・中学校・高等学校(養護教諭)    50. 学校・養成所等 90. 救護(イベント等)    91. 個人(自宅などで看護職を必要としている方)    99. その他				
<b>募集人数(※)</b>	_____人	<b>雇用期間(※)</b>	_____年____月____日から _____年____月____日まで	<b>雇用日数(※)</b>	_____日間
<b>派遣求人の種類(※)</b>	1. 該当しない    2. 一般派遣    3. 紹介予定派遣				
<b>その他雇用上の特記事項</b>					
<b>勤務形態(※)</b>	1. 3交替制    2. 2交替制    3. 3交替制と2交替制の併用    4. 当直制    5. 日勤のみ    6. 夜勤のみ 9. その他 _____				
<b>勤務時間(※)</b>	勤務時間1 _____ : _____ ~ _____ : _____	休憩時間 _____ 分	勤務曜日・時間の相談可否(※)	1. 可能    2. 不可	
	勤務時間2 _____ : _____ ~ _____ : _____	休憩時間 _____ 分	所定労働時間を越える勤務の有無(※)		
	勤務時間3 _____ : _____ ~ _____ : _____	休憩時間 _____ 分	1. なし    2. あり	月平均超過時間 _____ 時間	
<b>希望資格(第1希望は※)</b>	第1希望 ( 1. 保健師    2. 助産師    3. 看護師    4. 准看護師 ) 第2希望 ( ) 保健師 ( ) 助産師 ( ) 看護師 ( ) 准看護師				
<b>希望業務経験(※)</b>	経験区分 ( 1. こだわらない    2. 新卒のみ募集    3. 経験者のみ募集 ) 保健師 _____年以上    助産師 _____年以上    看護師 _____年以上    准看護師 _____年以上				
<b>業務内容(※)</b>					
<b>賃金形態(※)</b>	◎第1希望資格の賃金形態・給与額を記入してください。 1. 日給    2. 時給    9. その他 _____				
<b>給与(総支給額)(※)</b>	_____ ~ _____ 円/日、時間、回数		◎総支給額には各種手当を含めてください。		
<b>給与(基本給)</b>	_____ ~ _____ 円/日、時間、回数		<b>業務経験加算(※)</b>	1. なし    2. あり	
<b>各種手当</b>	その他手当 _____ 円    内容 _____				
<b>各種保険制度(※)</b>	雇用保険制度 ( 1. なし    2. あり )    労災保険制度 ( 1. なし    2. あり )    健康保険制度 ( 1. なし    2. あり ) 厚生年金制度 ( 1. なし    2. あり )    その他保険制度 ( 1. なし    2. あり )    イベント保険 ( 1. なし    2. あり )				
<b>給与の特記事項</b>				<b>公共職業安定所への求人登録(※)</b>	1. なし    2. あり
<b>採用施設名(※)</b>	フリガナ _____				
<b>採用施設住所(※)</b>	〒 _____				
<b>採用担当者名(※)</b>	フリガナ _____		フリガナ _____		
	姓 _____		名 _____		
<b>採用担当部署(※)</b>					
<b>電話番号(※)</b>	- -				
<b>FAX番号</b>	- -				
<b>メールアドレス(※)</b>					
<b>ホームページアドレス</b>					
<b>派遣事業者の該当(※)</b>	1. 該当しない    2. 派遣事業者    一般労働者派遣事業許可番号 般 _____				