

地域応援ナース登録票



※看護協会記入欄

【登録番号】
K-

【登録日】
年 月 日

<登録要件>

- 現在、未就業または退職予定である
- 看護経験があり、応援施設の看護業務に従事できる
- 1ヵ月から最長1年間（雇用期間）、応援施設で就業できる
- 居住地を離れ、応援地域に居住し、就業できる

※但し、民間派遣会社経由等で就業経験のある施設に地域応援ナースとして再就業することはできません。

氏名	ふりがな	性別	男 女
住所	〒	生年月日 年齢	西暦 年 月 日 歳
電話	自宅	携帯	
メールアドレス	@		
応募動機			

応援ナースについて何でお知りになりましたか、○をつけてください。

- ①ナースセンターからのお知らせ・DM ②ホームページ ③協会ニュース ④知人 ⑤その他（ ）

◇該当する箇所に○をつけ（ ）に数字や詳細を記載ください。

I 取得免許及び経験年数	
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（複数選択可）	
種別	①病院 ②診療所 ③福祉施設 ④在宅部門 ⑤保健所・保健センター ⑥その他（ ）
業務経験1	①病棟看護 ②外来看護 ③介護福祉系 ④訪問看護 ⑤地域保健 ⑥その他（ ）
業務経験2	①急性期 ②慢性期 ③周術期 ④周産期 ⑤看護管理 ⑥その他（ ）
分野	①内科系（ ） ②外科系（ ） ③（ ） ④（ ）
III 就業希望（複数選択可）	
業務内容	①看護業務 ②保健師業務 ③助産師業務 ④看護管理業務
就業期間	①3か月未満 ②3か月～6か月未満 ③6か月以上 ④1年
就業時期	①いつでも可能 ②（ ）年（ ）月から可能 ③その他（ ）
勤務場所	①一般病棟 ②療養・介護病棟 ③外来 ④訪問看護 ⑤保健センター ⑥その他（ ）
勤務形態	①日勤のみ ②日勤(宿直可) ③交代制(2交代・3交代) ④夜勤のみ ⑤その他（ ）
勤務地	※各方面の応援エリア及び施設については、北海道看護協会ナースセンターホームページ内『地域応援ナース要請施設一覧』参照
	①道南方面 ②道央方面 ③道北方面 ④オホーツク方面 ⑤道東方面
	希望施設1（ ） 希望施設2（ ）
	希望施設3（ ） 希望施設4（ ）
給与(希望金額)	①時給（ ）円以上 ②日給（ ）円以上 ③月給（ ）円以上