

地域応援ナース登録票

登録番号 *看護協会記入

K-

氏名	ふりがな	性別	男 女
住所	〒	生年月日	19 年 月 日
電話	自宅	携帯	
メールアドレス			

※該当する箇所に○をつけ（ ）に数字や経験分野を記載してください。

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
<配置部署> ①病棟看護 ②外来看護 ③看護部（管理） ④その他（ ）
<分野> ①内科 ②外科 ③（ ） ④（ ） ⑤（ ）

※Ⅲからは、就業希望（複数選択可）でご記入ください。（ ）は自由記載です。

III. 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
IV. 雇用期間	①1～3ヶ月未満 ②3～6ヶ月未満 ③6ヶ月～1年
V. 雇用時期	①いつでも可能 ②（ ）月から可能 ③その他（ ）
VI. 勤務形態	①日勤のみ ②夜勤のみ ③交代制（2交代・3交代） ④その他（ ）
VII. 勤務地	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（南檜山） 希望施設（ ） ②道央方面（南空知・日高・後志） 希望施設（ ） ③道北方面（宗谷・留萌・富良野） 希望施設（ ） ④オホーツク方面（遠紋） 希望施設（ ） ⑤釧路・根室方面（根室） 希望施設（ ）
（ 選択理由 ）	
VIII. 給与	希望金額 ①時給（ ）円以上 ②日給（ ）円以上 ③月給（ ）円以上
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。 ナースセンター ホームページ フリーペーパー 雑誌 その他（ ）	