

届出票

太枠内の項目に記入してください。 *は記入必須項目です。
 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。
 ()該当するものにチェックをつけてください。

記入年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」第16条の3第1項に 基づき、以下のように届け出ます。

氏名(*)		フリガナ _____ 姓	フリガナ _____ 名
生年月日(*) (西暦)		年 _____ 月 _____ 日	性別(*) 1. 女性 2. 男性
現住所(*)	都道府県	〒 _____	
	住所番地	_____	
電話番号1(*)		- -	電話番号2 - -
FAX番号		- -	
メールアドレス1(*)			メール アドレス2
保健師免許	免許の有無(*)	1. あり	登録番号
		2. なし	登録年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
助産師免許	免許の有無(*)	1. あり	登録番号
		2. なし	登録年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
看護師免許	免許の有無(*)	1. あり	登録番号
		2. なし	登録年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
准看護師免許	免許の有無(*)	1. あり	登録番号
		2. なし	登録年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		認定都道府県	
就業状況(*)		1. 就業していない 2. 就業していないが求職中 3. 就業中・就業予定 (看護師等) 4. 就業中・就業予定 (看護師等以外) 5. 学生 6. その他 (_____)	
職歴			
離職年月 (西暦)		年 _____ 月 _____	
離職理由		1. 転職 (口看護師等として勤務 口看護師等以外の職種で勤務) 2. 進学・留学 3. 家庭の都合 4. 体調不良・療養 5. その他 (_____)	
復職の意向		1. すぐに復職したい 2. いずれ復職したい 3. ない 4. 未定	
ナースセンターが行う無料職業紹介事業 (eナースセンター) への登録を希望しますか		1. 希望する 2. 希望しない 3. 詳しい説明を聞きたい	