

兵庫県看護協会セカンドキャリア（プラチナナース）人材登録申請書

* 該当する項目に☑し、() 内に数字や文字を入れてください

年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日
			西暦 年 月 日 (歳)
自宅	(住所) 〒 -		
	(TEL) (携帯TEL)		
	(携帯・PCメールアドレス)		
取得免許・資格	☐ 保健師 (保健師バンク登録の有無 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 助産師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 専門看護師：_____ ☐ 認定看護師：_____ ☐ 認定看護管理者： ☐ 有 ☐ 無		
現在就業されている方	☐ 病院 (病棟・外来) ☐ クリニック ☐ 訪問看護ステーション ☐ 特養・老健施設 ☐ デイサービス ☐ その他 ()		
	就業日数：() 日/週、() 時間 : ~ :		
職種の実務経験	保健師 () 年、助産師 () 年、看護師 () 年、准看護師 () 年		
経験分野	☐ 小児 ☐ 母性 ☐ 成人 ☐ 老人 ☐ 精神 ☐ 救急 ☐ ICU ☐ 手術室 ☐ 透析 ☐ 外来 ☐ 地域 ☐ 管理 ☐ 教育 ☐ 災害時の保健活動 ☐ その他 ()		
今後の就労希望	☐ 有 ☐ 無		
今後希望する職場	☐ 病院 (病棟・外来) ☐ クリニック ☐ 訪問看護ステーション ☐ 特養・老健施設 ☐ その他 ()		
活動可能範囲	☐ 県内ならどこでも可 ☐ 神戸市内 (☐ 東部 ☐ 中部 ☐ 西部) ☐ 他の圏域 (☐ 阪神北 ☐ 阪神南 ☐ 東播磨 ☐ 中播磨 ☐ 西播磨 ☐ 但馬)		
活動日数・時間	1.日 数： ☐ 週 5 日 ☐ 週に 2～3 日程度 ☐ 週に 1 日 2.就労時間：() 時間/日 3.その他の希望：()		
看護協会からの要請への対応	☐ 1.いつでも可 ☐ 2.不可 ☐ 3.その他 ()		
e ナースセンターへの登録	☐ 有 ☐ 無		
とどけるんへの登録	☐ 有 ☐ 無		
活動したいことがあれば具体的に記載してください。 例：まちの保健室、電話相談対応、研修講師（看護基礎技術・接遇・医療安全・災害など）			

* ご記入いただいた内容は、本会の個人情報保護方針及び規程に基づいて適正に管理します。

* 複数名いらっしゃる時は、コピーしてお使いください。