**登録票（個人用）**※１

登録日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　　名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　（満　　　　歳） | |
| 住　　所  ※２ | 〒 | |
|  | |
| 連　絡　先 | 自宅： | |
| 携帯： | |
| メールアドレス： | |
| 免　　許 | 保健師　　・　　助産師　　・　　看護師　　・　　准看護師 | |
| 認定・専門 | 感染管理認定看護師　　（　　有　　・　　無　　）  感染症看護専門看護師　（　　有　　・　　無　　） | |
| 看護経験年数 |  | |
| 活動できる範囲 | １居住市内　　　２居住地の近隣市町村　　　３県内全域　　　４県外 | |
| ｅナースセンター  ※３ | 登録済　　　　・　　　　未登録（登録説明　必要　・　不要　） | |

※１　こちらは未就業の方の登録票となっております。就業中の方は「登録票（施設用）」より

ご登録ください。

※２　茨城県在中の看護職が対象となります。

※３　ｅナースセンターとはインターネット上で求人・求職や検索、問い合わせ、応募、紹介依頼など

ができる看護師等無料職業紹介サイトです。登録・閲覧・問い合わせ・応募・紹介すべて無料。

**【問い合わせ先】公益社団法人茨城県看護協会・茨城県ナースセンター**

**〒310-0034　茨城県水戸市緑町3-5-35　　TEL　029-221-7021**