

# 代替看護職員の紹介事業 申込書

当てはまるところに記入もしくは○を付けてください

申込み日	令和 年 月 日	
施設概要	施設名	
	施設種別	病院 ・ 高齢者施設 ・ その他 ( )
	施設住所	
	連絡先	TEL : FAX :
		e-mail :
担当者氏名		
代替看護職員紹介の希望内容	職種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師
	勤務開始時期	令和 年 月 日より
	勤務期間	約 日間 ・ 週間 ・ か月間 ・ 未定
	勤務時間	
	給与・賃金	
	希望の業務内容 (できるだけ詳しくご記入ください)	
その他		

- \* ご希望に添えない場合があること、また紹介までに日数を要することをご了承ください。
- \*\* メールを確認後、京都府ナースセンターから担当者様宛にご連絡させていただきます。
- \*\*\* 雇用に際しては、通常の採用と同様に勤務開始日までに労働条件通知書の明示が必要です。