

( )市 町 村

平成

年

月現在

<b>施設名</b>		記載者名 _____		役職 _____	
<b>所在地</b>	〒 _____				
<b>連絡先</b> 担当者名 _____	電話： メールアドレス： 病院ホームページ：				
<b>交通手段</b>	最寄駅 _____		最寄バス停名 _____		
	_____ から バス・徒歩 で _____ 分( )				
<b>勤務形態等</b>	勤務曜日 月 火 水 木 金 土 日 祭 勤務曜日 時間の相談 可 否 平日勤務のみ 可 否 夜間オンコール出勤 あり なし 相談可				
<b>超過勤務の平均時間</b>	_____ 時間 / 月				
<b>有給休暇平均取得日数</b>	_____ 日				
<b>税込給与額</b> 経験年数別(例) (諸手当には夜勤手当・交通費を含まない)	5年経験者 _____ 円+諸手当約 _____ 円 合計 _____ 円 10年経験者 _____ 円+諸手当約 _____ 円 合計 _____ 円 看護師 時給 _____ 円 日給 _____ 円 准看護師 時給 _____ 円 日給 _____ 円				
<b>ブランクのある方への就業支援</b>	あり 内容 _____		なし		
<b>プリセプター・パートナーシップ制度の有無</b>	あり		なし		
<b>キャリアアップ支援</b>	あり 内容 _____		なし		
<b>認定看護師の待遇</b>	あり 内容 _____		なし		

