

() 市 町 村

令和 年 月現在

施設名		記載者名 _____ 役職 _____	
診療科目 ()			
所在地	〒 _____		
連絡先 担当者名 _____	電話： メールアドレス： 病院ホームページ：		
交通手段	_____ 線 最寄駅 _____ 最寄バス停名 _____ _____ から バス・徒歩 で _____ 分 ()		
勤務形態等	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
超過勤務の平均時間	_____ 時間 / 月		
有給休暇平均取得日数	_____ 日		
税込給与額 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		
ブランクのある方への就業支援	あり	内容 _____	なし
プリセプター・パートナーシップ制度の有無	あり		なし
キャリアアップ支援	あり	内容 _____	なし
認定看護師の待遇	あり	内容 _____	なし

