

()市 町 村

令和

年

月現在

施設名		記載者名 _____		役職 _____	
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 夜間オンコール出勤 あり なし 相談可				
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				

