

相談内容 【※必須】

病院見学のご希望（任意） あり なし

働き方（任意） 常勤 会計年度任用職員（非常勤）

希望時間（任意） 日勤のみ 日勤・夜勤あり 夜勤のみ

希望部署（任意） 外来 病棟 手術室

その他

入職時期（任意） 3か月以内 6か月以内 1年以内 1年以上先

決定していない

お名前 【※必須】

お名前(ふりがな) 【※必須】

ご年齢 【※必須】

 歳

メールアドレス 【※必須】

(確認用)

郵便番号 【※必須】

 -

ご住所 都道府県 【※必須】

ご住所 【※必須】

電話番号(携帯) 【※必須】

 - -

現在の勤務先（任意）

看護師経験年数（任意）

 年