

# しがサポートナース登録用紙

フリガナ			
名前		生年月日 (西暦)	年 月 日
住所	〒		
電話番号	* 平日の日中につながる連絡先を記入	メール アドレス	
保有している資格	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師
看護職として勤務している累計年数	* 産休や育休等の休業期間は除く <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上20年未満 <input type="checkbox"/> 20年以上		
現在の就業状況	* 看護職とは、保健師・助産師・看護師・准看護師での就業を指す <input type="checkbox"/> 就業していない <input type="checkbox"/> 看護職として就業している <input type="checkbox"/> 看護職以外で就業している <input type="checkbox"/> 就業の意向はある <input type="checkbox"/> 就業の意向はない <input type="checkbox"/> 5ヶ月以内の就業を希望 <input type="checkbox"/> 6ヶ月～1年以内の就業を希望 <input type="checkbox"/> 1年以内での就業は希望していない		
就業を希望する施設 ※就業の意向がある方のみ 回答	* 就業を希望する施設について、あてはまるものを全て選択してください。 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
復職へ向けた 看護技術研修	<input type="checkbox"/> 研修を受講したい <input type="checkbox"/> 研修を受講しない		
eナースセンターへの 登録状況	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 登録予定 <input type="checkbox"/> 登録予定なし		
協力可能な業務	<input type="checkbox"/> イベントでの救護 (主に単発のイベント等における救護等) <input type="checkbox"/> 災害時の派遣 (地震や大雨等の災害時に、被災地等への派遣要請があった際に、被災地に出向き、看護職として従事) <input type="checkbox"/> 看護協会が実施する災害支援ナース研修の修了の有無 <input type="checkbox"/> 修了済 ・ <input type="checkbox"/> 未修了 <input type="checkbox"/> 感染症等(新型コロナウイルス感染症等)に関する業務 <input type="checkbox"/> 市町が実施する業務 <input type="checkbox"/> 保健所での業務 (県内の保健所での、コロナ等に関する業務) <input type="checkbox"/> 宿泊療養施設での業務 (新型コロナウイルス感染症等の陽性者が入所する県内宿泊療養施設での電話での健康観察等) <input type="checkbox"/> 臨時の医療施設での業務 (新型コロナウイルス感染症の感染拡大等に、臨時の医療施設が設置された場合の業務を想定) <input type="checkbox"/> 医療施設での応援派遣 (新型コロナウイルス感染症等の影響により、病院等で看護職が不足した際に、応援職員としての業務を想定) <input type="checkbox"/> ワクチン接種		
協力可能な圏域	<input type="checkbox"/> 県下全域可能 <input type="checkbox"/> 大津圏域 (大津市) <input type="checkbox"/> 湖南圏域 (草津市、守山市、栗東市、野洲市) <input type="checkbox"/> 甲賀圏域 (湖南市、甲賀市) <input type="checkbox"/> 東近江圏域 (近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町) <input type="checkbox"/> 湖東圏域 (彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町) <input type="checkbox"/> 湖北圏域 (長浜市、米原市) <input type="checkbox"/> 湖西圏域 (高島市)  選択した圏域内の市町が限定される場合は、下記の空欄に記入 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		
サポートナース 登録のきっかけ	<input type="checkbox"/> 滋賀県ナースセンターホームページ <input type="checkbox"/> 滋賀県ホームページ <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> その他 ( )		
メールマガジンの 配信	* 求人情報等の情報を月に1度メールマガジンで希望者に配信します <input type="checkbox"/> 配信を希望する <input type="checkbox"/> 配信を希望しない		