

## 届出票

太枠内の項目に記入してください。 \*は記入必須項目です。

選択肢に番号があるものは1つ選択し、○をつけてください。

( )該当するものにチェックをつけてください。

記入年月日(西暦) 年 月 日

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」第16条の3第1項に基づき、以下のように届け出ます。

|   |                                  |                     |                        |
|---|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| 氏名(*)                                   | フリガナ                             | フリガナ                |                        |
|   | 姓                                | 名                   |                        |
| 生年月日(*)<br>(西暦)                         | 年 月 日                            | 性別(*)               | 1. 女性 2. 男性            |
| 現住所(*)                                  | 都道府県                             | 〒                   |                        |
|   | 住所番地                             |                     |                        |
| 電話番号1(*)                                | - -                              | 電話番号2               | - -                    |
| FAX番号                                   | - -                              |                     |                        |
| メールアドレス1(*)                             |                                  | メールアドレス2            |                        |
| 保健師免許                                   | 免許の有無(*)                         | 1. あり               | 登録番号                   |
|   |                                  | 2. なし               | 登録年月日                  |
| 助産師免許                                   | 免許の有無(*)                         | 1. あり               | 登録番号                   |
|   |                                  | 2. なし               | 登録年月日                  |
| 看護師免許                                   | 免許の有無(*)                         | 1. あり               | 登録番号                   |
|   |                                  | 2. なし               | 登録年月日                  |
| 准看護師免許                                  | 免許の有無(*)                         | 1. あり               | 登録番号                   |
|   |                                  | 2. なし               | 登録年月日                  |
|   |                                  | 認定都道府県              |                        |
| 就業状況(*)                                 | 1. 就業していない                       | 2. 就業していないが求職中      |                        |
|   | 3. 就業中・就業予定(看護師等)                | 4. 就業中・就業予定(看護師等以外) |                        |
|   | 5. 学生                            | 6. その他( )           |                        |
| 職歴                                      |                                  |                     |                        |
| 離職年月(西暦)                                | 年 月                              |                     |                        |
| 離職理由                                    | 1. 転職 (口看護師等として勤務 口看護師等以外の職種で勤務) | 2. 進学・留学            |                        |
|   | 3. 家庭の都合                         | 4. 体調不良・療養          | 5. その他( )              |
| 復職の意向                                   | 1. すぐに復職したい                      | 2. いずれ復職したい         | 3. ない 4. 未定            |
| ナースセンターが行う無料職業紹介事業(eナースセンター)への登録を希望しますか |                                  | 1. 希望する             | 2. 希望しない 3. 詳しい説明を聞きたい |

※「就業状況」について:離職前に届出票を記入する場合は、想定している離職後の状況(以下参考)をご回答ください。

1. 就業していない→就業する予定はない

2. 就業していないが求職中→就業先が未定のため求職活動をする予定

3. 就業中・就業予定(看護師等)→看護師等として就業することが決まっている

4. 就業中・就業予定(看護師等以外)→看護師等以外で就業することが決まっている(例:一般事務職等)

5. 学生→進学(大学院、留学等)

\*届けていただく情報は、届出サイト「とどけるん」に掲載している「とどけるんプライバシーポリシー」に基づいて管理します。