**ＦＡＸ：０２２－２７２－７８０１　　※送付票は不要ですので　調査票のみご返送ください。**

**令和6年度4月新規採用看護職員募集調査票**

組織名

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　病床数　　　　　床

担当部署　　　　　　　　　　　担当者名

電話番号

ホームページアドレス

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 採用予定人数・職種別 | 保　　　名 | | 助　　　名 | 看　　　名 | 准　　　名 | | 採用予定無 |
| 2 | （年齢・その他） |  | | | | | | |
| 3 | 応募先住所 |  | | | | | 問合先電話番号 | |
|  | |
| 4 | 応募受付期間 | 月　　　　日　　～　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 5 | 試　験　日 | 1次試験 | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 2次試験 | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 6 | （所定応募用紙の有無、病院見学会等） | 二次募集予定の有無（　有　　無　）　　実施予定日　　年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | | | | | |

※　空欄に記入及び該当事項に○をつけて下さい。

※**6月5日（月）までに御返送下さい。その後変更・追加がある場合は随時ご連絡下さい。**

※　来年度採用予定の無い場合、または随時採用実施、日程等未定の場合もご返送下さい。