

(保健師・助産師・看護師・准看護師)業務従事者届  
(令和6年12月31日現在)

保健所記入欄			
[ ]保健所			
整理番号( )	保健所		
	勤務地		

①～③の項目について太枠□の中に該当する文字又はチェック☑を記載すること

①ふりがな				③性別	④生年月日			
②氏名				<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 令和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 昭和 <input type="checkbox"/> 4. 西暦	年 月 日		歳
⑤住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 県							
⑥メールアドレス								
⑦～⑨ 免許の種類	⑦該当の登録先をチェック☑してください。 知事免許の場合は都道府県名を記載して下さい。 ※保有する全ての免許を記載			⑧登録番号 ※右詰めで数字を記載		⑨登録年月日 (元号をチェック☑し、年月日を記載してください。)		
保健師籍	<input type="checkbox"/> 厚生労働省	<input type="checkbox"/> 知事→都道府県名		第		号	<input type="checkbox"/> 1. 令和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 昭和	年 月 日
助産師籍	<input type="checkbox"/> 厚生労働省	<input type="checkbox"/> 知事→都道府県名		第		号	<input type="checkbox"/> 1. 令和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 昭和	年 月 日
看護師籍	<input type="checkbox"/> 厚生労働省	<input type="checkbox"/> 知事→都道府県名		第		号	<input type="checkbox"/> 1. 令和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 昭和	年 月 日
准看護師籍	<input type="checkbox"/> 関西広域連合	<input type="checkbox"/> 知事→都道府県名		第		号	<input type="checkbox"/> 1. 令和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 昭和	年 月 日
⑩主たる業務	主として従事している業務について、該当する□に1つチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> 1. 保健師業務 <input type="checkbox"/> 2. 助産師業務 <input type="checkbox"/> 3. 看護師業務 <input type="checkbox"/> 4. 准看護師業務							
業務に 従事する 場所 ⑪	主として従事している業務場所について、該当する□に1つチェック☑して下さい。							
	1. 病院	<input type="checkbox"/>			6. 社会福祉施設	<input type="checkbox"/>	ア. 老人福祉施設	
	2. 診療所	<input type="checkbox"/>	ア. 有床			<input type="checkbox"/>	イ. 児童福祉施設	
		<input type="checkbox"/>	イ. 無床			<input type="checkbox"/>	ウ. その他	
	3. 助産所	<input type="checkbox"/>	A. 分娩の扱いあり	<input type="checkbox"/>	ア. 開設者			
		<input type="checkbox"/>	B. 分娩の扱いなし	<input type="checkbox"/>	イ. 従事者			
				<input type="checkbox"/>	ウ. 出張のみによる者			
				<input type="checkbox"/>	ア. 開設者			
				<input type="checkbox"/>	イ. 従事者			
				<input type="checkbox"/>	ウ. 出張のみによる者			
4. 訪問看護 ステーション	<input type="checkbox"/>	ア. 管理者			8. 事業所	<input type="checkbox"/>	ア. 事業所内診療所	
	<input type="checkbox"/>	イ. 従事者				<input type="checkbox"/>	イ. その他	
5. 介護保険 施設等	<input type="checkbox"/>	ア. 介護老人保健施設			9. 看護師等学校 養成所又は研究機関	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	イ. 介護医療院				<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	ウ. 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)			10. その他	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	エ. 居宅サービス事業所				<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	オ. 居宅介護支援事業所				<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	カ. その他				<input type="checkbox"/>		
⑫所在地	大阪府 (↑市町村名以降の住所を記載)							
⑬電話番号								
⑭名称								
⑮雇用 形態	該当する□にチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> 1. 正規雇用 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用(1又は3に該当しない者) <input type="checkbox"/> 3. 派遣(紹介予定派遣を含む)							
⑯常勤 換算	該当する□にチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> 1. フルタイム労働者 <input type="checkbox"/> 2. 短時間労働者							
⑰常勤 換算数	※⑯で「2 短時間労働者」を選択された方のみお答え下さい。常勤換算した数値(裏面の計算例参照)を記入して下さい。 0. 人 ※小数点第1位まで(小数点第2位を四捨五入)							
⑱従事 期間等	該当する□に1つチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> 1. 従事期間1年未満 <input type="checkbox"/> 2. 従事期間1年以上2年未満 <input type="checkbox"/> 3. 従事期間2年以上							
⑲従事 開始理由	※⑱で「1 従事期間1年未満」「2 従事期間1年以上2年未満」を選択された方のみ、該当する□にチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> ア. 新規 <input type="checkbox"/> イ. 再就業 <input type="checkbox"/> ウ. 転職 <input type="checkbox"/> エ. その他							
⑳特定行為研 修の修了の有無	該当する□にチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無							
㉑指定研修機 関番号	<input type="text"/> ← 該当の数字を記載してください。							
㉒～㉓ 看護師の特定行為研 修の修了状況	⑳で「1. 有」を選択された方は修了した特定行為区分、修了した領域全てにチェック☑をして下さい。 ※厚生労働省から指定を受けた指定研修機関で行われる研修のことで(H27～制度開始)。医療機関で実施される一般的な研修は回答の対象ではございません。							
	㉒修了した特定行為区分							
	<input type="checkbox"/>	1. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連	<input type="checkbox"/>	2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連				
	<input type="checkbox"/>	3. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	<input type="checkbox"/>	4. 循環器関連				
	<input type="checkbox"/>	5. 心のうドレーン管理関連	<input type="checkbox"/>	6. 胸腔ドレーン管理関連				
	<input type="checkbox"/>	7. 腹腔ドレーン管理関連	<input type="checkbox"/>	8. ろう孔管理関連				
	<input type="checkbox"/>	9. 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	<input type="checkbox"/>	10. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連				
	<input type="checkbox"/>	11. 創傷管理関連	<input type="checkbox"/>	12. 創部ドレーン管理関連				
	<input type="checkbox"/>	13. 動脈血液ガス分析関連	<input type="checkbox"/>	14. 透析管理関連				
	<input type="checkbox"/>	15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	<input type="checkbox"/>	16. 感染に係る薬剤投与関連				
	<input type="checkbox"/>	17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	<input type="checkbox"/>	18. 術後疼痛管理関連				
	<input type="checkbox"/>	19. 循環動態に係る薬剤投与関連	<input type="checkbox"/>	20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連				
	<input type="checkbox"/>	21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連						
	㉓修了した領域別パッケージ研修							
	<input type="checkbox"/>	1. 在宅・慢性期領域	<input type="checkbox"/>	2. 外科術後病棟管理領域				
<input type="checkbox"/>	3. 術中麻酔管理領域	<input type="checkbox"/>	4. 救急領域					
<input type="checkbox"/>	5. 外科系基本領域	<input type="checkbox"/>	6. 集中治療領域					

記入項目	注意事項							
④年齢	■届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。							
⑦～⑨免許の種別	■保有する全ての免許について記載すること。							
⑩主たる業務	■その主たる業務の一つについてチェック☑すること。							
⑪業務に従事する場所	<p>■二以上の場所で業務に従事している場合については、その主たるもの一つについてチェック☑すること。</p> <p>■事業所内に設置された診療所については、「2. 診療所」ではなく「8. 事業所」に含むものとする。</p> <p>■「3. 助産所」の「A. 分娩の取扱いあり」「B. 分娩の取扱いなし」については、分娩取扱いの実績の有無に関わらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は、「A. 分娩の取扱いあり」の項目にチェック☑すること。</p> <p>■「5. 介護保険施設等」は、「1. 病院」、「2. 診療所」及び「4. 訪問看護ステーション」に該当するものを除くものとする。</p> <p>■「6 社会福祉施設」は、「1 病院」から「5 介護保険施設等」までに該当するものを除くものとする。</p>							
⑮雇用形態	<p>■「1. 正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者を指すこと。</p> <p>■「2. 非正規雇用（1又は3に該当しない者）」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など名称にかかわらず、「1. 正規雇用」、「3. 派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者を指すこと。</p> <p>■「3. 派遣（紹介予定派遣を含む）」とは、派遣会社から派遣されている者を指すこと。</p>							
⑯常勤換算	<p>■「⑮雇用形態」にかかわらず、記載すること。</p> <p>■「1. フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40 時間程度（1日8時間・週5日勤務等）の者を指すこと。</p> <p>■「2. 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指すこと。</p> <p>■産前・産後休業（又は育児休業）中の場合は「2. 短時間労働者」の項目にチェック☑すること。</p>							
⑰常勤換算数	<p>■「⑰常勤換算数」には常勤換算した数値を記載すること。</p> <p>この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記載することとするが、0.1に満たない場合は0.1と記載すること。</p> <p>※産前・産後休業（又は育児休業）中の場合は（0.0）人と記載すること。</p> $\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$ <p>例) フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">①8時間×2日</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">=</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">① 0.4人</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">②6時間×5日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40時間</td> <td></td> <td style="text-align: center;">② 0.8人</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 200px;">①週2日8時間勤務の場合（アルバイト等）</p> <p style="margin-left: 200px;">②週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等）</p>	①8時間×2日	=	① 0.4人	②6時間×5日	40時間		② 0.8人
①8時間×2日	=	① 0.4人						
②6時間×5日								
40時間		② 0.8人						
⑱従事期間	■同一法人の設置する施設で継続して業務に従事している場合は、連続した勤務とみなすため、合計の年数で従事期間を記載すること。							
⑲従事開始理由	<p>■「ア. 新規」とは、免許取得後、初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、二以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）を指すこと。</p> <p>■「イ. 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合（ただし、「ア 新規」を除く。）を指すこと。</p> <p>■「ウ. 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合を指すこと。</p> <p>■「エ. その他」とは、「ア. 新規」、「イ. 再就業」及び「ウ. 転職」のいずれにも該当しない場合を指すこと。</p>							
⑳～㉓看護師の特定行為研修の修了状況	<p>■「㉑～㉓看護師の特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「㉑指定研修機関」とは、同項第5号に規定する特定行為研修を行う者を指すこと。</p> <p>また、「㉒特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指し、「㉓領域別パッケージ研修」とは、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令（平成27年厚生労働省令第33号）別表第4の備考第5号に規定するとおり実施した研修を指すこと。</p> <p>■「㉒修了した特定行為区分」の欄は、該当する全ての特定行為区分についてチェック☑すること。</p> <p>■「㉓修了した領域別パッケージ研修」の欄は、該当する全ての領域についてチェック☑すること。</p>							
その他	<p>■令和6年12月31日時点でその場所に籍のある方が提出対象。</p> <p>■該当資格免許証の籍訂正申請中である場合は、申請前の名前で記載すること。</p>							