

(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	カンゴ ハナコ	③性別		④生年月日	
②氏名	看護 花子	<input type="checkbox"/> 1.男 <input checked="" type="checkbox"/> 2.女		1.令和 <input checked="" type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 4.西暦	
⑤住所	大阪 <input type="checkbox"/> 都 <input checked="" type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 県	大阪市 中央区 大手前 2丁目 1-22			8年 11月 26日 28歳
⑥メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇〇				現在の住所地を記入

令和6年12月31日現在の年齢

取得している保健師、助産師、看護師、准看護師免許の登録内容を全て記入。

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	1.令和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 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	1.令和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日
看護師籍	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働省 <input type="checkbox"/> 知事→都道府県名	第 0 0 0 0 0 0 0 0 号	<input checked="" type="checkbox"/> 1.令和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.昭和 3年 4月 28日
准看護師籍	<input type="checkbox"/> 関西広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> 知事→都道府県名 大阪府	第 0 0 0 0 0 0 0 0 号	<input checked="" type="checkbox"/> 1.令和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.昭和 1年 4月 30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 checked="" type="checkbox"/> 3.看護師業務 <input type="checkbox"/> 4.准看護師業務	登録番号・登録年月日については、わからない場合は空欄でも結構です。(問い合わせにはお答えできません。)
--------	---	---

必ず、いずれかを選択していること。

⑪場所	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。	業務場所の番号を選択し、記入。二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入すること。	
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.無床	<input type="checkbox"/> イ.児童福祉施設	<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"/> B.分娩の扱いなし	7. 保健所、都道府県又は市区町村	<input type="checkbox"/> ア.保健所 <input type="checkbox"/> イ.都道府県(アを除く) <input type="checkbox"/> ウ.市区町村(アを除く)
4. 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> ア.管理者 <input type="checkbox"/> イ.従事者	8. 事業所	<input type="checkbox"/> ア.事業所内診療所 <input type="checkbox"/> イ.その他
5. 介護保険施設等	<input checked="" type="checkbox"/> ア.介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> イ.介護医療院 <input type="checkbox"/> ウ.指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> エ.居宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> オ.居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> カ.その他	9. 看護師等学校 養成所又は研究機関	<input type="checkbox"/>
		10. その他	<input type="checkbox"/>

⑫所在地	大阪府 大阪市 中央区 △△丁目 ○-○ (↑市町村名以降の住所を記載)
------	--------------------------------------

⑬電話番号	06 - 1111 - 1111
-------	------------------

⑭名称	〇〇病院
-----	------

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2.短時間労働者
-------	---

「2.短時間労働者」を選択した場合のみ、裏面の計算例を参照の上、常勤換算した数値を記入すること。

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。 0.8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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	複数の指定研修機関番号をお持ちの方は最新の番号を記載すること。
---------------	---	---------------------------------

㉑指定研修機関番号	1234567 ← 該当の数字を記載してください。
-----------	---------------------------

㉑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(2027～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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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
-------------	---

「1.有」を選択した場合のみ、修了した特定行為区分及び領域別パッケージ研修の領域にチェックすること。また該当する項目は全て選択すること。

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 6.集中治療領域
-----------------	--

㉒～㉓ 看護師の特定行為研修の修了状況