様式第3号
兵庫県

○ 保健師、助産師、看護師、准看護師業務従事者届出票

（令和6年12月31日現在）

※	C#	地域区分	年号	年次	保健所	
3		1	1	0	6	

整理番号(保健所記入)			
※1			

※1 保健所記入欄（必須）
※2 保健所記入欄（表紙記載の場合省略可）
※3 記載不要

① ふりがな		③ 性 別	④生年月日	⑤ 年 齢（届出年12月31日現在の満年齢）
② 氏 名		1 男 2 女	1:令和 2:平成 3:昭和 4:西暦　年　月　日	
⑥ 住 所	都道府県	⑦ 電話番号	（　　）ー（　　）ー（　　）	
⑧メールアドレス（個人メールアドレス）	@		（注）個人のメールアドレスをご記入ください。	

※1

居住地市町コード

⑨免許の種別	登録番号		登録年月日	
保健師籍	1 厚生労働省 2 都道府県（　　）	第 0 0 0 号	1:令和 2:平成 3:昭和　年　月　日	※各登録年月日は、再交付又は書換交付日ではなく、最初に登録された年月日を記入してください。
助産師籍	1 厚生労働省 2 都道府県（　　）	第 0 0 0 号	1:令和 2:平成 3:昭和　年　月　日	
看護師籍	1 厚生労働省 2 都道府県（　　）	第 0 0 号	1:令和 2:平成 3:昭和　年　月　日	
准看護師籍	1 都道府県（　　） 2 関西広域連合（　　）	第 号	1:令和 2:平成 3:昭和　年　月　日	※ 関西広域連合長の免許は（ ）内に都道府県名を記入してください。

⑩主たる業務

主として従事している業務について、該当する番号を1つ選び ○印を記入ください。

1 保健師業務　2 助産師業務　3 看護師業務　4 准看護師業務

⑪～⑮ 主たる業務に従事する場所・雇用形態等

⑪主たる業務に従事する場所について、該当する番号、カタカナを選び ○印を記入ください。

1 病院
2 診療所
　ア 有床（19人以下の入院可能）　イ 無床（入院設備無し）
3 助産所（分娩の取扱いあり）
　ア 開設者　イ 従事者　ウ 出張のみによる者
　助産所（分娩の取扱い無し）
　ア 開設者　イ 従事者　ウ 出張のみによる者
4 訪問看護ステーション
　ア 管理者　イ 従事者
5 介護保険施設等
　ア 介護老人保健施設　イ 介護医療院
　ウ 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
　エ 居宅サービス事業所　オ 居宅介護支援事業所　カ その他
6 社会福祉施設
　ア 老人福祉施設　イ 児童福祉施設　ウ その他
7 保健所、都道府県または市区町村
　ア 保健所（健康福祉事務所・政令市保健所）
　イ 都道府県（保健所所属以外）
　ウ 市町（保健所所属以外）
8 事業所
　ア 事業所内診療所　イ その他
9 看護師等学校養成所又は研究機関
10 その他

⑫所在地	兵庫県　電話番号（　　ー　　ー　　）
⑬名 称	
⑭雇用形態	1 正規雇用　2 非正規雇用（1または3に該当しない者）　3 派遣（紹介予定派遣を含む）
⑮勤務形態	1 フルタイム労働者 **2 短時間労働者 →※常勤換算** 0.□人　※小数点第1位まで（小数点以下第2位を四捨五入）

※2

就業市町コード

病院コード

注意）常勤換算算数の算出については「記入上の注意事項⑮」をお読みください。

⑯ 従事期間及び従事開始の理由

現所属での従事期間及び従事開始の理由について、該当する番号、カタカナを選び ○印を記入ください。

（「記入上の注意事項の考え方の参考図」参照）

1 現所属での従事期間が、1年未満　［ ア 新規（新規卒業者等）　イ 再就業　ウ 転職　エ その他（ア，イ，ウに該当しない）］
2 現所属での従事期間が、1年以上2年未満　［ ア 新規（新規卒業者等）　イ 再就業　ウ 転職　エ その他（ア，イ，ウに該当しない）］
3 現所属での従事期間が、2年以上

⑰ 特定行為研修の修了状況

特定行為研修（平成27年創設）の修了の有無について、該当する番号を選び ○印を記入ください。
修了有りの方は、修了証書に記載されている指定研修機関番号も記入してください。

1 有（指定研修機関番号　　）　2 無

修了した特定行為区分について、区分ごとは1～21、領域別パッケージ研修は1～6のうち該当する番号を選び ○印を記入ください。

◆修了した特定行為区分

1 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
2 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
4 循環器関連
5 心嚢ﾄﾞﾚｰﾝ管理関連
6 胸腔ﾄﾞﾚｰﾝ管理関連
7 腹腔ﾄﾞﾚｰﾝ管理関連
8 ろう孔管理関係
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
10 栄養に係るｶﾃｰﾃﾙ管理（末梢留置型中心静脈用ｶﾃｰﾃﾙ管理）関連
11 創傷管理関係
12 創部ﾄﾞﾚｰﾝ管理関連
13 動脈血液ｶﾞｽ分析関連
14 透析管理関連
15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
16 感染に係る薬剤投与関連
17 血糖ｺﾝﾄﾛｰﾙに係る薬剤投与関連
18 術後疼痛管理関連
19 循環動態に係る薬剤投与関連
20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

◆修了した領域別パッケージ研修

1 在宅・慢性期領域
2 外科術後病棟管理領域
3 術中麻酔管理領域
4 救急領域
5 外科系基本領域
6 集中治療領域

注意）特定行為研修については「記入上の注意事項⑰」をおよみください。

⑱ 兵庫県働き続けられる条件について

働き続ける上で最も重要視していることについて、当てはまるものを1つ選び ○印を記入ください。

1 教育体制　2 給与・手当　3 勤務環境・勤務体制　4 福利厚生（休暇等）の充実　5 人間関係