

※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

# 保健師、助産師、看護師、准看護師業務従事者届出票

※ C#	種別区分	年号	年次	保健所
3	1	1	04	

(令和4年12月31日現在)

整理番号(保健所記入)			

※ 1

① ふりがな											③ 性別	④ 生年月日			⑤ 年齢						
② 氏名											1 男 2 女	1: 令和 2: 平成 3: 昭和	年 月 日	歳							
⑥ 住所	都道府県										⑦ 電話番号	( )-( )-( )									
⑧ 免許の種類別	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	:	0	号	1: 令和 2: 平成 3: 昭和	年 月 日						
准看護師籍	1 都道府県( )					第		:		:		号	1: 令和 2: 平成 3: 昭和	年 月 日	*関西広域連合長名の免許は都道府県名に「関西」と記入してください。						
⑨ 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																				
⑩～⑭ 主たる業務に従事する場所・雇用形態等	⑩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	ア 有床(19人以下の入院可能)					イ 無床(入院設備無し)	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								
	2 診療所	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)																			
	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																			
	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																				
⑪所在地	兵庫県										電話番号( - - )										
⑫名称																					
⑬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)																				
⑭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)																				
⑮ 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																				
⑯ 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。																				
	◆区分ごとに受講した	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 心臓ドレーン管理関連	6 胸腔ドレーン管理関連	7 腹腔ドレーン管理関連	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 創部ドレーン管理関連	13 動脈血液ガス分析関連	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
◆領域別パッケージ研修を受講した	1 在宅・慢性期領域		5 外科系基本領域		2 外科術後病棟管理領域		6 集中治療領域		3 術中麻酔管理領域		4 救急領域										
⑰ 兵庫県ナースセンターについて	兵庫県ナースセンター(兵庫県指定無料職業紹介所)について該当するものを1つ選び○印を記入ください。 1 知っている    2 知らない 兵庫県ナースセンターで利用したい事業を1つ選び○印を記入ください。 1 看護職無料職業紹介    2 看護なんでも相談    3 メンタルヘルス相談    4 復職支援研修    5 プラチナナース研修 6 勤務環境の相談    7 利用したい事業はない																				

※1 居住地市町コード

※2 就業市町コード

病院コード

注意) 常勤換算数の算出については「記入上の注意事項⑭」をお読みください。

注意) 特定行為研修については「記入上の注意事項⑯」をお読みください。