保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届

記入例

〇業務従事者届記入要領を参考に黒色のボールペンで正確かつ鮮明に記入してください。
〇記入間違いは、修正液等で修正してください。訂正印は不要です。
〇看護職としての**大事な個人情報**です。**必ず本人が記載内容を確認**してください。

令和8年12月31日現在

保健師・助産師・看護師・准看護師記入欄

	記入例	ミ	ヤ	サ゛		キ		リ	ョ	ウ	コ										
①	カタカナ書き（必ず記入）	ア	オ	モ	リ		ケ	ン	コ												
	氏名（必ず記入）	青森　県子										（旧姓）	岩手　県子								

② 1.男 2.女

	1.令和 3.昭和 2.平成 4.西暦（外国籍の方のみ）										性別
	年号	年			月		日				
生年月日及び性別	3			6	0	8		7			2
記入例	2				7	1	1		7		2

（記入例：生年月日が平成７年１１月7日生で、女性である場合）

③ 現住所：平内町××字××△△-△△

④ メールアドレス：△△△△△△@×××.ne.jp

免許・登録及び資格

免許の種別	⑤ すべての免許についての所持の有無		⑥ 登録番号（准看護師免許は登録元の都道府県名を記入してください。免許証に記載されています。また、番号は右詰で記入してください。）													⑦ 登録年月日（記入方法②を参				
														年号	年		月			
保健師	1	1.有　2.無	厚生労働省	第		〇	〇	〇	〇	〇	〇	号		2	2	4		〇	〇	
助産師	2	1.有　2.無	厚生労働省	第								号								
看護師	1	1.有　2.無	厚生労働省	第		△	△	△	△	△	△	号		2	2	2		△	△	
准看護師	1	1.有　2.無	（　青森　）都道府県	第		□	□	□	□	□	□	号		2	2	0		□	□	

※⑥⑦は免許取得者のみ記入。

再交付又は書換交付を受けても、再交付、書換交付日ではなく当初の免許交付日を記入。

所持している全ての免許を記入。
※准看護師免許を所持しているにも関わらず、所持していないと報告することは虚偽報告となります。

主たる業務

⑧ 主たる業務：3 ⇐〔 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 〕

業務に従事する場所

⑨ 業務に従事する場所：02
分娩取り扱いの有無（03のみ）：
詳細（ア～カ）（02～07のみ）：ア

業務に従事する場所	詳細（ア～カのいずれか）
01 病院	
02 診療所	ア　有床
03 助産所　1　分娩取扱有	ア　開設者（出張のみを除く）
03 助産所　2　分娩取扱無	ア　開設者（出張のみを除く）
04 訪問看護ステーション	ア　管理者
05 介護老人保健施設／介護老人福祉施設（特／介護支援事業所	
06 社会福祉施設	ア　老人福祉施設
07 保健所・市町村等	ア　保健所　イ　都道府県（アを除く）　ウ　市町村（アを除く）
08 事業所　ア　事業所内診療所　イ　その他	09　看護師等学校養成所又は研究機関 / 10　その他

助産所以外に従事している場合は空欄にすること。

2つ以上の施設で勤務している場合、勤務日数が最も多い施設の内容で届出を行うこと。
（届出は1人につき1回の届出で完了です。働いているすべての施設の分まで届出する必要はありません。）
（他県でも就業している場合は、いずれか日数が多い方の都道府県に届出を行ってください。）

現住所ではなく、就業地の市町村コードを記入。

⑩ 業務に従事する場所の市町村コード：

⑪ 業務に従事する場所

名称	あおもりけんたクリニック			
所在地	青森県青森市●●●●丁目△△			
TEL	017-△△△-△△△△	FAX	017-△△△-□□□□	
E-mail(必須)	×××@×××.ne.jp			

従事期間等

⑫ 雇用形態：1 ⇐〔 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） 〕

⑬ 勤務形態：2 ⇐〔 1.フルタイム労働者　2.短時間労働者 〕

⑬で1（フルタイム労働者）を選択した方は⑮へ、2（短時間労働者）を選択した

⑭ 常勤換算：0.8人 ⇐
詳細は2ページ目裏面の記入要領を参考にす
常勤換算＝短時間労働者の１週間当たり／フルタイム労働者の１週間当た
（記入例）１週間の所定労働時間が４０時間で、週２日
８時間×２日／４０時間＝０．４人 ⇨ 0.4人と記入

休職者等（産休、育休、療休等）であって、12月31日時点で雇用契約がある場合は、届出が必要。
（この場合は⑬を「短時間労働者」とし、⑭を「常勤換算数0.0」としてください。）

⑮ 従事期間：2 ⇐〔 1. 1年未満　2. 1年以上2年未満　3. 2年以上 〕

⑮で1又は2を選択した方のみ⑯を記入し、⑰（右ページ）へ。⑮で3を選択した方は、⑯を記入せず⑰（右ページ）へ。

⑯ 従事開始理由：2 ⇐〔 ア.新規　イ.再就業　ウ.転職　エ.その他 〕

右ページへつづく⇒

つづき

こちらのページも届出事項です

記入例

令和8年12月31日現在

保健師・助産師・看護師・准看護師記入欄（つづき）

就　業　時　の　状　況

⑰ 出身看護師等学校養成所 **1** ⇦ 1.県内の学校養成所　2.県外の学校養成所

※ 現在従事する業務に関する資格を取得するために修了・卒業した学校養成所がある都道府県について記入してください。

就業年数に関わらず、現在の就業地での従事が再就業又は転職の方のみ⑱を記入し
新規又はその他の方は⑱を記入せず⑲へ。

⑱ 就業前の県内外の移動 **1** ⇦ 1.県内に就業していたが、離職後、県内で再就業
2.県外に就業していたが、離職後、県内で再就業又

⑲ 看護師等届出制度（とどけるん） **3** ⇦ 1.知っている　2.知らない
3.使ったことがある

※ 看護師等届出制度；
師・看護師・准看護
ンターへ届け出るこ

産
セ

現在の就業地に、再就業又は転職で入職した方のみ、お答えください。

再就業；従事開始前１年間に看護職として従事していない場合

転職；従事開始前１年間に看護職として従事したことがある場合

看護師の特定行為研修の修了状況

⑳ 特定行為研修の修了の有

識及び技能
により行

⑳で１を選択した方

㉑ 指定研修機関番号

㉒ 修了し
当てはま

- ０１　呼吸器
- ０３　呼吸器
- ０５　心嚢（のう）ドレ
- ０７　腹腔ドレ
- ０９　栄養に係る（処理）関連
- １１　創傷管理
- １３　動脈血液
- １５　栄養及び
- １７　血糖コン
- １９　循環動態
- ２１　皮膚損傷

㉓ 修了
当てはま

- ０１　在宅・慢
- ０３　術中麻酔
- ０５　外科系基

！誤記入が非常に多い項目なので注意すること！

特定行為研修とは

保健師助産師看護師法第37条の2第2項第4号の4に規定する研修
対象：看護師のみ（准看護師は含まない）
研修制度開始時期：平成27年10月
研修場所：指定研修機関（厚生労働大臣指定）
●次の研修の受講や資格の取得は特定行為研修を修了したことには**ならない。**
※ 医療機関の院内研修や学会等が主催する研修
※ 認定看護師や専門看護師の資格
※ 介護職員等を対象とした喀痰吸引等研修

⑳「特定行為研修の修了の有無」

１２月３１日現在、指定研修機関において特定行為研修を修了し、「特定行為研修修了証」が交付されている場合は、「１」を記入。

㉒「修了した特定行為区分」

修了証の「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」に記載されている特定行為区分全てに「１」を記入。

㉓「修了した領域別パッケージ研修」

該当する全ての領域について「１」を記入。
領域別パッケージ研修としてそれらの特定行為区分を受講していない場合　（修了証に領域別パッケージ研修が記載されていない場合）は記入しない。

＊表1　市町村コード

二次医療圏	津軽地域	02202 弘前市	02204 黒石市	02210 平川市	02343 西目屋村	02361 藤崎町	02362 大鰐町	02367 田舎館村	02381 板柳町
	八戸地域	02203 八戸市	02441 三戸町	02442 五戸町	02443 田子町	02445 南部町	02446 階上町	02450 新郷村	02412 おいらせ町
	青森地域	02201 青森市	02301 平内町	02303 今別町	02304 蓬田村	02307 外ヶ浜町			
	西北五地域	02205 五所川原市	02209 つがる市	02321 鰺ヶ沢町	02323 深浦町	02384 鶴田町	02387 中泊町		
	上十三地域	02206 十和田市	02207 三沢市	02401 野辺地町	02402 七戸町	02405 六戸町	02406 横浜町	02408 東北町	02411 六ヶ所村
	下北地域	02208 むつ市	02423 大間町	02424 東通村	02425 風間浦村	02426 佐井村			

記入漏れがないか確認のうえ、令和9年１月15日（必着）までに提出してください。

送付先：八戸市内に勤務の方→八戸市保健所保健総務課医事薬事グループ（〒031-0011八戸市田向3-6-1）
八戸市以外の地域に勤務の方→青森県庁　医療薬務課医務指導グループ（〒030-8570　青森市長島1-1-1）