

# 保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届 記入例

- 2ページ目裏面の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。
- 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。
- 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6年12月31日現在

## 保健師・助産師・看護師・准看護師記入欄

① 記入例

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

③ 現住所 平内町××字××△△-△△

④ メールアドレス △△△△△△@×××.ne.jp

② 生年月日及び性別

年号	年	月	日	性別	
3	6	0	8	7	2

性別: 2 (女性)

(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)

## 免許・登録及び資格

免許の種別	⑤ 全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を参照)
保健師	1.有 2.無	厚生労働省 第○○○○○○○号	224○○
助産師	1.有 2.無	厚生労働省 第	号
看護師	1.有 2.無	厚生労働省 第△△△△△△号	222△△
准看護師	1.有 2.無	(青森)都道府県 第□□□□□□号	220□□

※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

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

⑩ 業務に従事する場所の市町村コード

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

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。)

助産所以外に従事している場合は空欄にすること。

現住所ではなく、就業地の市町村コードを記入。

## 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 )

⑭ 常勤換算 0.8 人

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 )

⑯ 従事開始理由 2 ( ア.新規 イ.再就業 ウ.転職 エ.その他 )

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。)

⑭ 常勤換算 =  $\frac{\text{短時間労働者の1週間当たり労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たり労働時間}}$   
(記入例)  $\frac{8\text{時間} \times 2\text{日}}{40\text{時間}} = 0.4 \text{人} \rightarrow 0.4 \text{人と記入}$

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

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・准看護師センターへ届け出る

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

産セ

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無 [ 1有 2無 ] ※ 特定行為：診療の補助のうち、高度かつ専門的な知識及び技術に基づき、手順書により行われなければならない

⑳で1を選択した方

㉑ 指定研修機関番号

㉒ 修了した特定行為区分

- 01 呼吸器
03 呼吸器
05 心臓
07 腹腔
09 栄養(理)関
11 創傷管
13 動脈血
15 栄養及
17 血糖二
19 循環動
21 皮膚損

㉓ 修了した領域別パッケージ研修

- 01 在宅・
03 術中麻
05 外科系

！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

Table with 10 columns: 二次医療圏, 市町村名, and 市町村コード. Rows include 津軽地域, 八戸地域, 青森地域, 西北五地域, 上十三地域, 下北地域.

記入漏れがないか確認のうえ、令和7年1月15日（必着）までに提出してください。

送付先：〒030-8570 青森市長島一丁目1番1号「青森県健康医療福祉部医療薬務課 医務指導グループ」 TEL 017-734-9291（直通）