保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届

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）																				
	氏名（必ず記入）															（旧姓）					

② 1.男 2.女

	1.令和 3.昭和 2.平成 4.西暦（外国籍の方のみ）								
生年月日及び性別	年号	年			月		日		性別
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	
④	メールアドレス	@

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を参照） 年号	年	月	日
保健師		⇦ 1.有 2.無	厚生労働省	第		号				
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				
准看護師		⇦ 1.有 2.無	（　　）都道府県	第		号				

※⑥⑦は免許取得者のみ記入。

主たる業務

⑧ 主たる業務 ⇦〔 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	
分娩取り扱いの有無（03のみ）	
詳細（ア～カ）（02～07のみ）	

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　イ 無床
03 助産所 1 分娩取扱**有**	ア 開設者(出張のみを除く)　イ 従事者　ウ 出張のみ
03 助産所 2 分娩取扱**無**	ア 開設者(出張のみを除く)　イ 従事者　ウ 出張のみ
04 訪問看護ステーション	ア 管理者　イ 従事者
05 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
06 社会福祉施設	ア 老人福祉施設　イ 児童福祉施設　ウ その他
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

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	
所在地	
TEL	FAX
E-mail(必須)	

従事期間等

⑫ 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） 〕

⑬ 勤務形態 ⇦〔 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）を選択した方は⑭を記入してから⑮へ。

⑭ 常勤換算 0.□人

詳細は２ページ目裏面の記入要領を参考にすること。

$$常勤換算＝\frac{短時間労働者の１週間当たりの労働時間}{フルタイム労働者の１週間当たりの所定労働時間}$$

（記入例）１週間の所定労働時間が４０時間で、週２日８時間勤務の場合

$$\frac{8時間×2日}{40時間}＝0．4人 ⇨ 0．\boxed{4}人と記入$$

＊小数点以下第２位を四捨五入し、小数点以下第１位まで記入する。
0.1に満たない場合は0.1と記入。

⑮ 従事期間 ⇦〔 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 ⇦〔 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

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.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、⑲へ。
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.県内に就業していたが、離職後、県内で再就業又は転職
2.県外に就業していたが、離職後、県内で再就業又は転職

⑲ 看護師等届出制度（とどけるん） ［　　］ ⇦ 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；看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、保健師・助産師・看護師・准看護師の免許を有し、業務に従事していない者は、都道府県ナースセンターへ届け出ることが努力義務となっている。

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能が特に必要とされる行為。これらの特定行為を手順書により行う場合は、看護師に特定行為研修の受講が義務付けられる。

⑳で1を選択した方は㉑へ、2を選択した方は終了です。

㉑ 指定研修機関番号 ［　　］

※ 受講機関から発行された「特定行為研修修了証」に記載の番号を記入すること。

㉒ 修了した特定行為区分
当てはまる項目全てに１と記入し、当てはまらない項目は空白のままとしてください。

［　］	０１	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	
［　］	０２	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	
［　］	０３	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	
［　］	０４	循環器関連	
［　］	０５	心嚢（のう）ドレーン管理関連	
［　］	０６	胸腔ドレーン管理関連	
［　］	０７	腹腔ドレーン管理関連	
［　］	０８	ろう孔管理関連	
［　］	０９	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注射用カテーテル管理）関連	
［　］	１１	創傷管理関連	
［　］	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（とう）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	

㉓ 修了した領域別パッケージ研修
当てはまる項目に１と記入し、当てはまらない項目は空白のままとしてください。

［　］	０１	在宅・慢性期領域	
［　］	０２	外科術後病棟管理領域	
［　］	０３	術中麻酔管理領域	
［　］	０４	救急領域	
［　］	０５	外科系基本領域	
［　］	０６	集中治療領域	

＊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）