

**(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)

①種別	1 保健師業務従事者届 2 助産師業務従事者届 3 看護師業務従事者届 4 准看護師業務従事者届	保健師助産師看護師法第33条に基づき 業務に従事する者は届出義務があります。 (1人の者につき1枚の提出です。)	整理番号 2 3 4 5 6	
	*			
②フリガナ	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22		1.昭和 2.平成 元号 年 月 日 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38	
③氏名	④生年月日		39 40 41 42 43 44 45	
⑤年齢	46 47 歳 令和6年12月31日時点	⑥性別	1.男 2.女 → 右の口に数字を記入して下さい 48	
⑦住所	市・町・村		* 49 50 51 52 53	
⑧メールアドレス	@			
⑨免許の種別	登録番号		登録年月日	
	※交付当初の登録年月日(再交付又は書換交付を受けた年月日ではありません。)		1.昭和 2.平成 3.令和	
	(右詰めで記入)		元号 年 月 日	
	保健師	1.厚生労働省 2.旧規則登録者は都道府県名( ) 第	54 55 56 57 58 59 60	61 62 63 64 65 66 67
	助産師	1.厚生労働省 2.旧規則登録者は都道府県名( ) 第	68 69 70 71 72 73 74	75 76 77 78 79 80 81
看護師	1.厚生労働省 2.旧規則登録者は都道府県名( ) 第	82 83 84 85 86 87 88	89 90 91 92 93 94 95	
准看護師	都道府県名( ) 第	96 97 98 99 100 101 102	103 104 105 106 107 108 109	
⑩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			
⑪業務に従事する場所	01 病院 02 有床診療所 03 無床診療所 04 助産所開設者(分娩あり) 05 助産所従事者(分娩あり) 06 助産所出張のみによる者(分娩あり) 07 助産所開設者(分娩なし) 08 助産所従事者(分娩なし) 09 助産所出張のみによる者(分娩なし) 10 訪問看護ステーション管理者 11 訪問看護ステーション従事者 12 介護老人保健施設 13 介護医療院 14 指定介護老人福祉施設(特養) 15 居宅サービス事業所 16 居宅介護支援事業所 17 その他の介護保険施設等 18 老人福祉施設 19 児童福祉施設 20 その他の社会福祉施設 21 保健所・厚生センター 22 都道府県(21を除く) 23 市町村(21を除く) 24 事業所内診療所 25 事業所(24を除く) 26 看護師等学校養成所又は研究機関 27 その他		111 112	
	所在地	市・町・村	113 114 115 116 117	
	電話番号	( - - )	* 1 6	
	名称			
	雇用形態	1 正規雇用 2 非正規雇用(1又は3に該当しない者) 3 派遣(紹介予定派遣を含む)		
	常勤換算	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 ※2 短時間労働者 に該当する場合は、項目①②も記入して下さい。 ↓ ① あなたの1週間当たりの契約労働時間 → 120 121 ② 施設で定めているフルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間 → 122 123		
	従事期間	【従事期間:1年未満】の場合 従事開始理由 1. 新規 2. 再就業 3. 転職 4. その他 → 124 【従事期間:1年以上2年未満】の場合 従事開始理由 5. 新規 6. 再就業 7. 転職 8. その他 【従事期間:2年以上】の場合 ( 年 ) → 125 126		
⑫特定行為研修修了の有無	1. 有【質問⑬⑭も記入】 2. 無【質問⑮～】 ※特定行為研修とは、平成27年10月1日に施行された厚生労働省の指定する指定研修機関で実施する研修。			
⑬指定研修機関番号	※「特定行為研修修了証」に記載のある番号を記入すること。			
⑭修了した特定行為区分	呼吸器(気道確保に係るもの)関連 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 循環器関連 心臓ドレーン管理関連 胸腔ドレーン管理関連 腹腔ドレーン管理関連 ろう孔管理関連 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 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 創傷管理関連 創部ドレーン管理関連 動脈血液ガス分析関連 透析管理関連			
※修了した区分全てに「1」を記入	領域別パッケージ研修			
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 在宅・慢性期領域	感染に係る薬剤投与関連 外科術後病棟管理領域	血糖コントロールに係る薬剤投与関連 術中麻酔管理領域	
	術後疼痛管理関連 救急領域	循環動態に係る薬剤投与関連 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	皮膚損傷に係る薬剤投与関連 外科系基本領域	
			集中治療領域	
⑮日中連絡のとれる電話番号	令和7年1月15日までに就業地を管轄する厚生センター・保健所もしくは県に提出して下さい。 個人情報の取扱いについては、富山県個人情報保護条例に基づき保護されます。			

**記入上の注意事項【1】太枠内に数字や文字を記入する。（\*印の箇所は除く）【2】黒ボールペンを用いて、はっきり記入する。**

- ①種別 主たる業務の一つについて記入する。 【記入例】
- ②フリガナ ・姓と名の間は1マス空けること。
- ③氏名 ・濁点「゛」半濁点「゜」も1マスとすること。
- ④生年月日 ・年月日は2マスで記入する。  
・元号は昭和=1、平成=2から選択する。
- ⑧メールアドレス 本紙による提出の場合は、記載不要。
- ⑨免許の種別・登録番号及び登録年月日 ・保健師、助産師、看護師又は准看護師の免許のうち、保有する全ての免許について記入する。  
・登録年月日は交付当初の登録年月日を記入する。  
・再交付、書換交付の年月日は記入しないよう注意する。⑨第  
・年月日は2マスで記入する。  
・元号は昭和=1、平成=2、令和=3から選択する。
- ⑩主たる業務 複数の免許等を有する場合は、その主たる業務(業務時間の長い方)の一つについて記入すること。
- ⑪業務に従事する場所 2つ以上の場所で業務に従事している場合は、主たるものの一つについて記入すること。

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
カ	ン	コ			ハ	ナ	コ		
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
看	護					花	子		
1.昭和		2.平成							
元号	年	月	日						
2	0	2	0	2	1	6			
54	55	56	57	58	59	60			
	1	2	3	4	5	6	号		

該当する従事する場所	特記事項・具体例(間違いやすい施設)
04~09 助産所	分娩取扱いの実績の有無にかかわらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩あり」の項目を選択すること。
15 居宅サービス事業所	訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護(デイサービス)通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護福祉用具貸与及び特定福祉用具販売など(訪問看護は除く)
18 老人福祉施設	軽費老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、生活支援ハウス介護あんしんアパート、シルバーハウジング、高齢者向け有料賃貸住宅
20 その他の社会福祉施設	障害者更生施設
23 市町村(21を除く)	地域支援包括センター(運営主体が市町村)
24 事業所内診療所	事業所内に設置された診療所については、「3無床診療所」ではなく「24事業所内診療所」に該当。
25 事業所(24を除く)	1~24までに該当しない事業所又は事務所
27 その他	地域支援包括センター(運営主体が市町村以外)

**雇用形態**

1 正規雇用	施設が直接雇い入れた者であって、施設が定めている所定労働時間をすべて勤務する者であり、契約期間が限定されていない者。
2 非正規雇用	パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員などの名称に係わらず、「正規職員」及び「派遣」に該当しない者。
3 派遣(紹介予定派遣を含む)	派遣会社から派遣されている者を指すこと。

**常勤換算**

1 フルタイム労働者	1週間の所定労働時間が40時間程度(1日8時間・週5日勤務等)の者								
2 短時間労働者	<ul style="list-style-type: none"> <li>フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者</li> <li>短時間労働者 に該当する場合は、項目①②も記入する。</li> <li>①1週間当たりの契約労働時間を記入</li> <li>②施設で定めているフルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間</li> </ul> <p>※30分以上は切り上げ、30分未満は切り捨てとして扱う。(例) 14時間30分→15時間 14時間25分→14時間</p> <p>(例) 週2日7時間勤務で、施設で定めている1週間の所定労働時間が40時間の場合</p> <p>7時間×2日(14時間) → <table border="1"><tr><td>120</td><td>121</td></tr><tr><td>1</td><td>4</td></tr></table></p> <p>40時間(40時間) → <table border="1"><tr><td>122</td><td>123</td></tr><tr><td>4</td><td>0</td></tr></table></p>	120	121	1	4	122	123	4	0
120	121								
1	4								
122	123								
4	0								

**従事期間**

- 従事している場所に変更があった場合でも、同一法人による施設内の異動については、変更がなかったものとして記入すること。
- 現在の業務に従事する場所における従事期間が2年未満の場合：従事開始理由を記入すること。
- 従事期間が2年以上の場合：従事期間の年数を記入すること。従事開始理由は不要。

(例) 従事期間が5年6カ月の場合 ※端数(〜ヵ月)は切り捨て 5年6ヵ月 → 5年 → 

125	126
0	5

新規	免許取得後、初めて看護職員として従事した場合(複数の免許保持者は最初の免許を取得後に従事した場合)
再就業	現在の就業場所に従事開始前1年間に看護職員として従事していない場合(ただし「新規」を除く)
転職	現在の就業場所に従事開始前1年間に看護職員として従事したことがある場合
その他	「新規」、「再就業」、「転職」のいずれにも該当しない場合

- ⑫特定行為研修修了の有無 ・特定行為研修とは、平成27年10月1日に施行された厚生労働省の指定する指定研修機関で実施する研修を指す。  
・「有」の場合は質問⑬⑭も記入すること。  
・喀痰吸引等の実施にかかる認定特定行為業務従事者認定に必要な研修とは異なります。
- ⑬指定研修機関番号 指定研修機関から交付された「特定行為研修修了証」に記載されている番号を記入すること。
- ⑭修了した特定行為区分 修了した特定行為区分・領域別パッケージ研修全てに「1」を記入すること。