

【記載例】

(保健師、助産師、看護師、准看護師) 業務従事者届

※

※印の欄については記入しないでください

(平成30年12月31日現在)

ふりがな	しまね はなこ		性別	生年月日			年齢	
氏名	島根 花子		1.男 2.女 1.平成 2.昭和 3.大正	1年 4月 1日			29 歳	
住所	島根 都道府県 松江市〇〇番地 マンション名 △△号室 ※						記入しない	
免許の種類	登録番号 ※知事免許の場合は、都道府県名を記入してください			登録年月日			記入しない	
保健師籍	1.厚生労働省 2.()都道府県 第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号			1.平成 2.昭和 年 月 日				
助産師籍	1.厚生労働省 2.()都道府県 第 0 0 1 2 3 4 5 6 号			1.平成 2.昭和 29年 4月 15日				
看護師籍	1.厚生労働省 2.()都道府県 第 8 7 6 5 4 3 2 1 号			1.平成 2.昭和 29年 4月 10日				
准看護師籍	()都道府県 第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号			1.平成 2.昭和 年 月 日				
主たる業務	1. 保健師業務		2. 助産師業務		3. 看護師業務		必ずいずれかを選択していること	
業務に従事する場所	※業務に従事する主たる場所1か所の番号を○で囲んでください。							
	1. 病院	所持していない免許種別には取消線を付する						
	2. 診療所	有床		イ 無床)				
	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)		
		分娩の取扱いなし		(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)		
	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)		
	7. 保健所、都道府県又は市区町村	(ア 保健所		イ 都道府県(アを除く)		ウ 市区町村(アを除く))		
8. 事業所								
9. 看護師等学校養成所又は研究機関								
10. その他								
所在地	島根 都道府県 出雲市××番地		電話番号(0853 - 00 - 0000) ※			記入しない		
名称	〇〇病院							
雇用形態	1. 正規職員		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		※詳細は、記入例参照					
	2. 短時間労働者(常勤換算数 〇.)人							
従事期間等	1. 従事期間1年未満		(従事開始の理由		ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他)			
	2. 従事期間1年以上2年未満		(従事開始の理由		ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他)			
	3. 従事期間2年以上							
特定行為研修の修了の有無		(1. 有 2. 無)						
修了した特定行為区分								
看護師の特定行為研修の修了状況	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 ろう孔管理関連					
	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							
備考	漏れなく記載した上でご提出ください。							

- 裏面の【記入上の注意】をよく読んで記載漏れのないよう記入してください。
- 該当する数字又は文字を○で囲んでください。
- 休暇、休業中の方も就業先があれば届出が必要です。
- 平成31年1月15日(火)までに、就業地を管轄する保健所(従事先が安来市の場合は、安来市いきいき健康課)に提出してください。