

【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

(令和2年12月31日現在)

ふりがな	しまね はなこ			性別	1.男 2.女	生年月日	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦	年齢	31 歳	
氏名	島根 花子			性別	1.男 2.女	生年月日	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦	年齢	31 歳	
住所	島根 都道府県 松江市〇〇番地 マンション名 △△号室			※						
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				
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号					1. 令和 2. 平成 3. 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. 令和 2. 平成 3. 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. 令和 2. 平成 3. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号					1. 令和 2. 平成 3. 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									
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										
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)									
4. 訪問看護ステーション	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)									
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)		※				
名称	〇〇病院									
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(常勤換算数 〇.)人 ※詳細は、記入例参照									
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)		指定研修機関番号 (1234567)							
修了した特定行為区分										
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)					3 呼吸器(長期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				
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				
7 腹腔ドレーン管理関連	8 鼻孔管理関連					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				
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				
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				
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				
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				
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				
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				
21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連	修了した領域別パッケージ研修									
1 在宅・慢性期領域	2 外科術後病棟管理領域		3 術中麻酔管理領域		4 救急領域		5 外科系基本領域		6 集中治療領域	

記入しない

必ずいずれかを選択していること

記入しない

研修修了の有無が「有」の場合、修了証書に記載してある番号を記入してください

領域別パッケージ研修に○をした場合、それに含まれる個別の特定行為区分にも○をすること

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
- ボールペンで記入してください。(※消せるボールペンは使用しないこと)
- 休暇、休業中の方も就業先があれば届出が必要です。
- 令和3年1月15日(金)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。