

【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4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	33 歳
氏名	島根 花子			1.男 2.女	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦	1年 4月 5日			
住所	島根 都道府県 松江市〇〇町××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"/> 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 00123456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 87654321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"/> 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			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か所の番号を〇で囲んでください								
	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)							
		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 出雲市〇〇町××番地			電話番号(0853- 00- 0000) ※ <input type="text"/>					
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)					
看護師の特定行為研修の修了状況	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)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 尿路管理関連							
	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								
	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								

備考
1. 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
2. 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)
3. 休暇、休業中の方も就業先があれば届出が必要です。
4. 令和5年1月16日(月)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。

漏れなく記載した上でご提出ください。