

(表)

従 事 先 変 更 届  
年 月 日

東京都知事 殿

貸与番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな

氏 名

郵便番号

住 所

電 話

( )

下記のとおり看護業務の従事先を変更したので、届け出ます。

記

1 旧従事先 名 称 \_\_\_\_\_

所 在 地 郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

従事期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日まで

(注) 旧従事先の在職証明書を添付してください。

2 新従事先 名 称 \_\_\_\_\_

所 在 地 郵便番号 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

従事年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (常勤・非常勤)

職 種 (いずれかに○を付けてください。) ※非常勤：月 128 時間勤務  
保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師

上記の者は、 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から当施設に在職していることを証明します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

施設名

施設長名

印

(注) 裏面の指定施設証明も記入してください (大学院修士課程を除く。)

(裏)

指 定 施 設 証 明

- 1 医療法第7条の許可を受けた病床が200床未満の病院
- 2 医療法第7条の許可を受けた病床数のうち精神病床数が80パーセント以上を占める病院
- 3 ハンセン病療養所
- 4 医療法第1条の5第2項の診療所
- 5 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
- 6 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関
- 7 地域保健法第21条第2項第1号に規定する特定町村(保健師の場合に限る。)
- 8 介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設
- 9 介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院
- 10 介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス(同法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)の事業を行う事業所(1から6まで、8及び9に掲げる施設(都の区域内に存するものに限る。))における3年以上の看護業務の経験を有する者が従事する場合に限る。)
- 11 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第11条第1号に規定する施設

当施設は、                    年    月    日現在、上記                    の施設であることを証明します。

年    月    日

施設名

施設長名



**第一種貸与者が、現在の指定施設から別の指定施設へ変更した場合**

従 事 先 変 更 届  
令和●年 9 月 12 日

東京都知事 殿

貸与番号	4	K	9	*	*	*	*
------	---	---	---	---	---	---	---

ふりがな とうきょう はなこ  
 氏 名 東 京 花 子  
 郵便番号 〒163-0000  
 住 所 東京都新宿区西新宿 9-9-9  
 電 話 03 (5555) 5555

指定施設で看護業務従事中に、別の指定施設へ従事先を変更した場合は、このように記入し、旧従事先の在職証明書(47 ページ参照)とともに東京都へ届け出ます。

下記のとおり看護業務の従事先を変更

住所や氏名、電話番号等に変更がある場合は、住所等変更届(第 7 号様式)も併せて提出してください。電子申請も可能です。

記

1 旧従事先 名 称 修学クリニック  
 所 在 地 郵便番号 〒108-0034  
 住 所 東京都港区台場 2-23-4  
 従事期間 令和●年 4 月 1 日から  
令和●年 8 月 31 日まで

(注) 旧従事先の在職証明書を添付してください。

2 新従事先 名 称 資金病院  
 所 在 地 郵便番号 〒110-0022 電話 03(5555)6666  
 住 所 東京都目黒区月島 7-22-1  
 従事年月日 R● 年 9 月 3 日 (常勤・非常勤)  
 職 種 (いずれかに○を付けてください。)  
 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師

※非常勤の場合、月 128 時間以上の雇用契約が必要です。

上記の者は、令和●年 9 月 3 日から当施設に在職していることを証明します。

法人名のための記載は不可です。施設名まで記入してください。

令和●年 9 月 10 日

施設名 資金病院  
 施設長名 病院長 佃 六 朗

資金病院  
 院長之印  
 印

(注) 裏面の指定施設証明も記入してください (大学院修士課程を除く。)