保健師、助産師、看護師、准看護師業務従事者届

保助
看准

東京都

（**令和８年12月31日現在**の状況を記入してください。）

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	（旧姓）	**1** 男　**2** 女	平成・昭和・大正・西暦　　年　　月　　日	歳
住所	都・県　　区・市・町・村			
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	@		※職場または個人のどちらでも可	

令和９年１月１５日（金曜日）までに、就業地を管轄する保健所に提出してください！
※本紙は紙届出用の様式です。オンラインによる届出の場合は都ホームページ等に掲載の様式を利用してください。

Ⅰ　免許

(1)**保有する全ての免許**について、該当する番号を**全て**選択してください。

1　保健師免許　　**2**　助産師免許　　**3**　看護師免許　　**4**　准看護師免許

(2)**(1)で選択した全ての免許について**、①～③を回答してください。

免許種別	①免許権者 ※　該当する番号を〇で囲んでください。		②登録番号	③登録年月日
保健師	1　厚生(労働)大臣	2　知事(　　都・道・府・県)	第　　号	令和・平成・昭和　　年　　月　　日
助産師	1　厚生(労働)大臣	2　知事(　　都・道・府・県)	第　　号	令和・平成・昭和　　年　　月　　日
看護師	1　厚生(労働)大臣	2　知事(　　都・道・府・県)	第　　号	令和・平成・昭和　　年　　月　　日
准看護師	1　知事(　　都・道・府・県)	2　関西広域連合長	第　　号	令和・平成・昭和　　年　　月　　日

※　別紙「免許登録番号及び登録年月日《記入上の注意》」を参照し、誤りのないように記入してください。

Ⅱ　業務

Ⅱ-1 主たる業務

主たる業務（最も長時間従事している業務）について、該当する番号を**1つ選び**、〇で囲んでください。

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

Ⅱ-2 従事場所

(1)「Ⅱ-１主たる業務」での従事場所等(名称、連絡先及び所在地)を記入してください。

名称	電話　　(　　)
所在地	東京都　　区・市・町・村　　(市町村コード)

(2) (1)で記入した従事場所について、該当する番号を**1つ選び**、〇で囲んでください。

項目			番号
病院			**1**
診療所※1	有床		**2ｱ**
	無床		**2ｲ**
助産所※2	分娩の取り扱いあり	開設者	**3ｱ**
		従事者	**3ｲ**
		出張のみによる者	**3ｳ**
	分娩の取り扱いなし	開設者	**3ｱ**
		従事者	**3ｲ**
		出張のみによる者	**3ｳ**
訪問看護ステーション	管理者		**4ｱ**
	従事者		**4ｲ**
介護保険施設等※3	介護老人保健施設		**5ｱ**
	介護医療院		**5ｲ**
	指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		**5ｳ**
	居宅サービス事業所		**5ｴ**
	居宅介護支援事業所		**5ｵ**
	その他		**5ｶ**
社会福祉施設※4	老人福祉施設		**6ｱ**
	児童福祉施設		**6ｲ**
	その他		**6ｳ**
保健所又は区市町村、東京都	保健所		**7ｱ**
	東京都職員(保健所を除く。)		**7ｲ**
	区市町村職員(保健所を除く。)		**7ｳ**
事業所	事業所内診療所		**8ｱ**
	その他		**8ｲ**
看護師等学校・養成所又は研究機関			**9**
その他			**10**

※１　事業所内に設置された診療所については、「８」を選択してください。

※２　分娩取扱いの実績がない助産所であっても、分娩の依頼に応ずる体制がある場合には、「分娩の取り扱いあり」から選択してください。

※３　「１～２及び４」と「介護保険施設等」のどちらにも当てはまる場所で従事する場合は、**「１～２及び４」から選択してください。**

※４　「１～５」と「社会福祉施設」のどちらにも当てはまる場所で従事する場合は、**「１～５」から選択してください。**

裏面にも設問があります。↘

<table>
<tr><td>Ⅱ-3
雇用形態</td><td>(1)「Ⅱ-１主たる業務」における雇用形態について、該当する番号を<u>1つ選び</u>、〇で囲んでください。

1　正規雇用（施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者）
2　非正規雇用　　（「１　正規雇用」又は「３　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）</td></tr>
<tr><td></td><td>(2)「Ⅱ-１主たる業務」における勤務時間について、該当する番号を<u>１つ選び</u>、〇で囲んでください。

1　フルタイム労働者(１日８時間×週５日　程度勤務)
2　短時間労働者（0.　　）人　※週の勤務時間を40時間で割った数値を記載してください（小数点第二位四捨五入）。</td></tr>
<tr><td>Ⅱ-４
従事期間等</td><td>「主たる業務」における従事期間について、該当する番号を<u>１つ選び</u>、〇で囲んでください。
また、１または２の場合、その業務の従事開始の理由について、該当する番号を<u>１つ選び</u>、〇で囲んでください。

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

※新規　　（保健師、助産師、看護師または准看護師の業務のうちいずれかに、初めて従事した場合）
再就業（過去に看護師等として従事したことがあるが、現在の就業場所に従事する直前の１年間に、
看護師等として従事していない場合）
転職　　（現在の就業場所に従事する直前の１年間に、看護師等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）</td></tr>
</table>

Ⅲ　看護師の特定行為研修（<u>看護師免許を保有する場合</u>、必ず回答すること）

<table>
<tr><td>Ⅲ-１
修了状況</td><td>特定行為研修について、指定研修機関からの修了証の交付状況を以下の番号から<u>１つ選び</u>、〇で囲んでください。
また、<u>「１　有」を選択した場合、指定研修機関番号を記入</u>してください。
<u>※　「特定行為研修」とは、平成２７年１０月から開始された、保健師助産師看護師法で定められた研修制度です。</u>

1　有　（指定研修機関番号　　）　　2　無</td></tr>
<tr><td>Ⅲ-２
特定行為区分
及び
領域別パッケージ
研修</td><td>「Ⅲ-１修了状況」について、<u>「１　有」を選択した場合</u>、修了した特定行為区分及び領域別パッケージ研修に該当する番号を
<u>全て</u>〇で囲んでください。

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>番号</th></tr>
<tr><td rowspan="21">特定行為
区分</td><td>呼吸器（気道確保に係るもの）関連</td><td>1</td></tr>
<tr><td>呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連</td><td>2</td></tr>
<tr><td>呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連</td><td>3</td></tr>
<tr><td>循環器関連</td><td>4</td></tr>
<tr><td>心嚢ドレーン管理関連</td><td>5</td></tr>
<tr><td>胸腔ドレーン管理関連</td><td>6</td></tr>
<tr><td>腹腔ドレーン管理関連</td><td>7</td></tr>
<tr><td>ろう孔管理関連</td><td>8</td></tr>
<tr><td>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</td><td>9</td></tr>
<tr><td>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）</td><td>10</td></tr>
<tr><td>創傷管理関連</td><td>11</td></tr>
<tr><td>創部ドレーン管理関連</td><td>12</td></tr>
<tr><td>動脈血液ガス分析関連</td><td>13</td></tr>
<tr><td>透析管理関連</td><td>14</td></tr>
<tr><td>栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</td><td>15</td></tr>
<tr><td>感染に係る薬剤投与関連</td><td>16</td></tr>
<tr><td>血糖コントロールに係る薬剤投与関連</td><td>17</td></tr>
<tr><td>術後疼痛管理関連</td><td>18</td></tr>
<tr><td>循環動態に係る薬剤投与関連</td><td>19</td></tr>
<tr><td>精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</td><td>20</td></tr>
<tr><td>皮膚損傷に係る薬剤投与関連</td><td>21</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">領域別
パッケージ
研修</td><td>在宅・慢性期領域</td><td>1</td></tr>
<tr><td>外科術後病棟管理領域</td><td>2</td></tr>
<tr><td>術中麻酔管理領域</td><td>3</td></tr>
<tr><td>救急領域</td><td>4</td></tr>
<tr><td>外科系基本領域</td><td>5</td></tr>
<tr><td>集中治療領域</td><td>6</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>追加質問項目１</td><td>主たる業務の従事場所が「病院」である場合、あてはまる病床数を以下の１か２より選択し、
右欄に記載してください。
1　２００床以上
2　２００床未満</td><td></td><td rowspan="2">該当する場合
は必須回答
項目です。</td></tr>
<tr><td>追加質問項目２</td><td>主たる業務の従事期間が「２年以上」である場合、従事期間（年数）を右欄に数字で記入し
てください。（端数月は切り捨てます　例：５年６ヵ月の場合は、「５」）</td><td></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>