

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。)  
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



(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

