

保健師、助産師、看護師、准看護師業務従事者届

(令和4年12月31日現在の状況を記入してください。)

保助
看准



ふりがな		性別	生年月日			年齢	
氏名		1 男 2 女	平成・昭和・大正・西暦	年	月	日	歳
住所	都・県	区・市・町・村					

令和5年1月16日（月曜日）までに、就業地を管轄する保健所に提出してください。

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 <small>※ 該当する番号を○で囲んでください。</small>		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、○で囲んでください。
選択が困難であれば、「5 その他」を選択してください。

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 5 その他

(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	東京都	電話	()
所在地	区・市・町・村		

(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、○で囲んでください。

II-2 従事場所

項目	番号
病院	200床未満 1
	200床以上 2
診療所 ^{※1}	有床 3
	無床 4
助産所 ^{※2}	分娩の取扱いあり 開設者 5
	分娩の取扱いあり 従事者 6
	分娩の取扱いあり 出張のみによる者 7
	分娩の取扱いなし 開設者 8
訪問看護ステーション	従事者 9
	管理者 11
	従事者 12
	13
介護保険施設等 ^{※3}	介護老人保健施設 13
	介護医療院 14
	指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 15
	居宅サービス事業所 16
	居宅介護支援事業所 17
	その他 18
社会福祉施設 ^{※4}	老人福祉施設 19
	児童福祉施設 20
	その他 21
保健所又は区市町村、東京都	保健所 22
	区市町村職員(保健所を除く。) 23
	東京都職員(保健所を除く。) 24
事業所	25
看護師等学校・養成所又は研究機関	26
その他	27

※1 事業所内に設置された診療所については、「2 5」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、「5～7」から選択してください。

※3 「1～4及び11、12」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、「1～4及び11、12」から選択してください。

※4 「1～18」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、「1～18」から選択してください。

裏面にも設問があります。↘

II-3 雇用形態	(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 1つ選び 、○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）
	(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 1つ選び 、○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 その他
	(3) (2)で「2 その他」を選択した場合 、1週間当たりの勤務時間を記入してください。 1週間当たり（ ）時間 勤務

II-4 従事期間等	(1)「II-1 主たる業務」における従事期間について、該当する番号を 1つ選び 、○で囲んでください。 ※ 同一雇用主等における施設間の異動等があった場合は、累計の従事期間を記入してください。 1 1年未満 2 1年以上2年未満 3 2年以上
	(2)(1)で「 3 2年以上 」を選択した場合、従事期間を記入してください。 従事期間（ ）年（ ）月
	(3)(1)における従事開始の理由について、該当する番号を 1つ選び 、○で囲んでください。 1 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） 2 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） 3 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） 4 その他（「1 新規」、「2 再就業」、「3 転職」のいずれにも該当しない場合）

III 看護師の特定行為研修（看護師免許を保有する場合、必ず回答すること）

III-1 修了状況	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 1つ選び 、○で囲んでください。 また、「 1 有 」を選択した場合、指定研修機関番号を記入してください。 ※ 「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。 1 有（指定研修機関番号 ） 2 無
-----------------------	--

III-2 特定行為区分 及び 領域別パッケージ 研修	(1)「III-1 修了状況」について、「 1 有 」を選択した場合、修了した特定行為区分に該当する番号を 全て ○で囲んでください。 （領域別パッケージ研修を修了した場合は、それに含まれる特定行為区分についても、該当する番号を選択してください。）																																													
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:85%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td rowspan="21" style="text-align: center; vertical-align: middle;">特定行為 区分</td><td>呼吸器（気道確保に係るもの）関連</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>循環器関連</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>心嚢ドレーン管理関連</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td>胸腔ドレーン管理関連</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td>腹腔ドレーン管理関連</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td>ろう孔管理関連</td><td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">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）関連</td><td style="text-align: center;">10</td></tr> <tr><td>創傷管理関連</td><td style="text-align: center;">11</td></tr> <tr><td>創部ドレーン管理関連</td><td style="text-align: center;">12</td></tr> <tr><td>動脈血液ガス分析関連</td><td style="text-align: center;">13</td></tr> <tr><td>透析管理関連</td><td style="text-align: center;">14</td></tr> <tr><td>栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</td><td style="text-align: center;">15</td></tr> <tr><td>感染に係る薬剤投与関連</td><td style="text-align: center;">16</td></tr> <tr><td>血糖コントロールに係る薬剤投与関連</td><td style="text-align: center;">17</td></tr> <tr><td>術後疼痛管理関連</td><td style="text-align: center;">18</td></tr> <tr><td>循環動態に係る薬剤投与関連</td><td style="text-align: center;">19</td></tr> <tr><td>精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</td><td style="text-align: center;">20</td></tr> <tr><td>皮膚損傷に係る薬剤投与関連</td><td style="text-align: center;">21</td></tr> </tbody> </table>			番号	特定行為 区分	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	1	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	2	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	3	循環器関連	4	心嚢ドレーン管理関連	5	胸腔ドレーン管理関連	6	腹腔ドレーン管理関連	7	ろう孔管理関連	8	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（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	10	創傷管理関連	11	創部ドレーン管理関連	12	動脈血液ガス分析関連	13	透析管理関連	14	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	15	感染に係る薬剤投与関連	16	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	17	術後疼痛管理関連	18	循環動態に係る薬剤投与関連	19	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	20	皮膚損傷に係る薬剤投与関連
		番号																																												
特定行為 区分	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	1																																												
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	2																																												
	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	3																																												
	循環器関連	4																																												
	心嚢ドレーン管理関連	5																																												
	胸腔ドレーン管理関連	6																																												
	腹腔ドレーン管理関連	7																																												
	ろう孔管理関連	8																																												
	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（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	10																																												
	創傷管理関連	11																																												
	創部ドレーン管理関連	12																																												
	動脈血液ガス分析関連	13																																												
	透析管理関連	14																																												
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	15																																												
	感染に係る薬剤投与関連	16																																												
	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	17																																												
	術後疼痛管理関連	18																																												
	循環動態に係る薬剤投与関連	19																																												
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	20																																												
	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	21																																												
(2)「III-1 修了状況」について、「 1 有 」を選択し、かつ、領域別パッケージ研修を受講している場合、修了証に記載されている研修の領域に該当する番号を 全て ○で囲んでください。																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:85%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;">領域別 パッケージ 研修</td><td>在宅・慢性期領域</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>外科術後病棟管理領域</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>術中麻酔管理領域</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>救急領域</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>外科系基本領域</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td>集中治療領域</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> </tbody> </table>			番号	領域別 パッケージ 研修	在宅・慢性期領域	1	外科術後病棟管理領域	2	術中麻酔管理領域	3	救急領域	4	外科系基本領域	5	集中治療領域	6																														
		番号																																												
領域別 パッケージ 研修	在宅・慢性期領域	1																																												
	外科術後病棟管理領域	2																																												
	術中麻酔管理領域	3																																												
	救急領域	4																																												
	外科系基本領域	5																																												
	集中治療領域	6																																												

備考	
-----------	--