

従事先が複数ある場合、主たる従事先でのみご提出ください。

(保健師・助産師・看護師・准看護師)業務従事者届 NO.

裏面の記載要領を参照のこと。(令和6年12月31日現在)

ふりがな	ながの はなこ		性 別	生 年 月 日			
氏 名	長野 花子		1. 男 2. 女	1. 令和 7 年 1 月 1 日	2. 平成 30 年 4 月 1 日	3. 昭和 (29 歳)	4. 西暦
住 所	長野県長野市若里〇丁目〇番〇号						
メールアドレス	×××@×××. ××. ××						
免許の種類	登 録 番 号			登 録 年 月 日			
保健師籍	厚生労働省 第 123××× 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 30 年 4 月 1 日			
(都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ							
助産師籍	厚生労働省 第 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日			
(都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ							
看護師籍	厚生労働省 第 123××× 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 30 年 4 月 1 日			
(都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ							
准看護師籍	(長野 都道府県) 第 12×× 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 28 年 3 月 10 日			
(都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ							
主たる業務	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		卒業した 学校・養成所	1 県内の看護系大学 2 県内の1以外(短期大学、養成所等) 3 県外の看護系大学 4 県外の3以外(短期大学、養成所等)			
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○で囲む。 1 病院 診療所 (2 有床 3 無床) 助産所 分娩の取扱いあり (4 開設者 5 従事者 6 出張のみによる者) 分娩の取扱いなし (7 開設者 8 従事者 9 出張のみによる者) 訪問看護ステーション (10 管理者 11 従事者) 介護保険施設等 (12 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) 社会福祉施設 (18 老人福祉施設 19 児童福祉施設 20 その他) 保健所、都道府県又は市区町村 (21 保健所 22 都道府県(21を除く) 23 市区町村(21を除く)) 事業所 (24 事業所内診療所 25 その他) 26 看護師等学校養成所又は研究機関 27 その他 電話番号 (026-226-××××)						
所在地	長野県長野市大字鶴賀緑町×××番地						
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(1. 0)人 2 短時間労働者(0. 8)人 ←裏面の計算式を参照 3 兼業労働者(0. 4)人 4 パートタイム労働者(0. 2)人						
従事期間等 (番号に○)	・従事期間1年未満 (従事開始の理由 1 新規 2 再就職 3 転職 4 その他) ・従事期間1年以上2年未満 (従事開始の理由 5 新規 6 再就職 7 転職 8 その他) ・従事期間2年以上 (9)						
看護師の特定行為研修の修了状況	・特定行為研修の修了の有無 (1 有 2 無) ・指定研修機関番号 ※修了証に記載されている7桁の番号						
※領域別パッケージを修了した場合は、パッケージ研修に含まれる特定区分を「修了した特定行為区分」1～21においても○で囲む。	・修了した特定行為区分 ※該当する全ての特定行為区分について○で囲む。 1 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 12 創部ドレーン管理関連 2 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 13 動脈血液ガス分析関連 3 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 14 透析管理関連 4 循環器関連 15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 5 心臓ドレーン管理関連 16 感染に係る薬剤投与関連 6 胸腔ドレーン管理関連 17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 7 腹腔ドレーン管理関連 18 術後疼痛管理関連 8 ろう孔管理関連 19 循環動態に係る薬剤投与関連 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 20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 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 21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連						
備考	保健師籍、看護師籍、准看護師籍 氏名変更申請中						

※この届出票は、令和7年1月15日(水)までに、就業地を管轄する保健福祉事務所(保健所)に提出してください。

個人のメールアドレスを記入することが望ましい。

注意

1つだけ○

注意

- ・正規雇用であっても必ずいずれかに○
- ・2に○した場合は必ず数字を記入する。(計算方法は届出票の裏面参照)
- ・産休等休暇中の場合は0.0と記入する。

注意

・1～9の番号うち1つに○

注意

- ・特定行為研修制度は、平成27年10月1日から開始したため、それ以前に受講した研修は特定行為研修ではありません。
- ・現在、特定行為研修を受講中の場合は「無」を○で囲んでください。

婚姻等により戸籍上は氏名変更したが保健師籍・看護師籍等(免許証)を氏名変更していない場合、備考欄にこのように記入し、氏名の欄には戸籍上の氏名を記入する。

地番まで忘れず記入

最初の免許取得時に登録された日。婚姻等で書換え等した日ではないので注意！

持っている全ての免許について記入する。

1～27の番号のうち1つに○

該当する全ての区分について記入する。

注意

※領域別パッケージを修了した場合は、22～27のうち修了した領域別パッケージ研修を○で囲んだ上で、パッケージ研修に含まれる特定区分を「修了した特定行為区分」1～21においても○で囲む。