

届出用紙

(保健師・助産師・看護師・准看護師)業務従事者届出票

(令和4年12月31日現在)

※この用紙に記入し、提出してください。

この調査は、保健師助産師看護師法第33条に基づき、厚生労働省が実施する調査です。業務に従事する保健師、助産師、看護師又は准看護師は、2年ごとの12月31日現在における氏名、住所その他省令で定める事項をその就業地の都道府県知事に届け出る義務があります。

なお、集計された数値は、厚生労働省、各都道府県における看護職員確保対策の基礎資料として活用させていただきます。

<はじめに>

1. 太枠内に数字や文字を記入してください。
2. 1人1枚の提出が必要です。複数の場所に勤務している場合、主に従事している場所で届出を提出して下さい。重複して提出はできません。
3. 令和4年12月31日で退職する場合も届出対象となります。
4. 休職中(育児休業、介護休業、病気休業等)の者も対象となります。

①フリガナ				
②氏名				
③生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生
④年齢	歳	令和4年12月31日時点		
⑥住所	都道府県	市町村		

⑤性別	1. 男 2. 女 →	
	右の□に数字を記入して下さい	

現住所を最後まで記入してください。
(例) 石川県金沢市△△町▽丁目□□番地×号
○○アパート●●号室

保有する全ての免許について記入してください。

該当する数字に丸をつけてください。2の場合は () 内も記入してください。

元号は昭和=1、平成=2、令和=3 から選択してください。

⑦免許の種類	登録番号 ※交付当初の登録年月日(再交付、籍訂正又は書換交付を受けた年月日ではありません。) (右詰めで記入)	登録年月日							
		1. 昭和 元号	2. 平成 年	3. 令和 月	日				
保健師	1. 厚生労働省 2. 旧規則登録者は都道府県名 ()	第				号			
助産師	1. 厚生労働省 2. 旧規則登録者は都道府県名 ()	第				号			
看護師	1. 厚生労働省 2. 旧規則登録者は都道府県名 ()	第				号			
准看護師	都道府県名 ()	第				号			
⑧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 5. その他業務 ()								

勤務地(主に従事している場所)の住所、電話番号、名称を記入してください。

2つ以上の免許を持ち、担当業務が2つ以上ある場合は主たる業務(従事時間の多い方)を記入してください。その他業務の場合は、5を選択し、()に業務内容を記入してください。(ケアマネ、看護補助者など)

⑨業務に従事する場所	勤務地の所在地				
	勤務地の電話番号	電話番号(-	-)
	勤務地の名称				

裏へ続きます。

詳しくは記載要領を
確認してください。

- | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------|
| 1 病院 | 2 有床診療所 | 3 無床診療所 |
| 4 助産所開設者(分娩あり) | 5 助産所従事者(分娩あり) | 6 助産所出張のみによる者(分娩あり) |
| 7 助産所開設者(分娩なし) | 8 助産所従事者(分娩なし) | 9 助産所出張のみによる者(分娩なし) |
| 10 訪問看護ステーション管理者 | 11 訪問看護ステーション従事者 | 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(特養) | 15 居宅サービス事業所 |
| 16 居宅介護支援事業所 | 17 その他の介護保健施設等 | 18 老人福祉施設 |
| 19 児童福祉施設 | 20 その他の社会福祉施設 | 21 保健所・保健センター |
| 22 都道府県(21を除く) | 23 市町村(21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 | |

記載要領に具体例があります。

7

⑨業務に従事する場所

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)	8
常勤換算	1 フルタイム労働者 ※1週間の所定労働時間が40時間程度の者 2 短時間労働者 ※上記と比較して1週間の所定労働時間が短い者	9
	※2 短時間労働者 に該当する場合は、項目①②も記入して下さい	
	① 1週間当たりの契約労働時間 → 10 時間 ② 施設で定めているフルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間 → 11 時間	
従事期間	【従事期間:1年未満】の場合 従事開始理由 ①新規 ②再就業 ③転職 ④その他 【従事期間:1年以上2年未満】の場合 従事開始理由 ⑤新規 ⑥再就業 ⑦転職 ⑧その他 【従事期間:2年以上】の場合 → ⑨2年以上	12

⑩特定行為研修修了の有無

1. 有【有の場合は質問⑪⑫⑬も記入】 2. 無【無の場合は終了】

令和4年12月31日現在において、特定行為研修修了証が交付されている場合、1(有)。

13

⑪指定研修機関番号

※「特定行為研修修了証」に記載されている番号を記入すること

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑫修了した特定行為区分

- | | |
|--|----------------------|
| 1 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 11 創傷管理関連 |
| 2 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 12 創部ドレーン管理関連 |
| 3 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 13 動脈血液ガス分析関連 |
| 4 循環器関連 | 14 透析管理関連 |
| 5 心嚢ドレーン管理関連 | 15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| 6 胸腔ドレーン管理関連 | 16 感染に係る薬剤投与関連 |
| 7 腹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 |
| 8 ろう孔管理関連 | 18 術後疼痛管理関連 |
| 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 | 19 循環動態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 | 20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
| | 21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |

⑬修了した領域別パッケージ研修

- 1 在宅・慢性期領域
2 外科術後病棟管理領域
3 術中麻酔管理領域
4 救急領域
5 外科系基本領域
6 集中治療領域

領域別パッケージ修了者は⑫⑬両方で当てはまるものを丸で囲んでください。

「特定行為研修修了証」の「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」の欄に記載されている特定行為区分全てを丸で囲んでください。

ご協力ありがとうございました。