

(保健師、助産師、看護師、准看護師) 業務従事者届

※

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

※印の欄については記入しないでください

(平成30年12月31日現在)

ふりがな					性 別	生 年 月 日				年 齢						
氏 名					1.男 2.女	1.平成 2.昭和 3.大正	年 月 日				歳					
住 所	都 道 府 県				※											
免許の種類別	登録番号 ※知事免許の場合は、都道府県名を記入してください								登 録 年 月 日							
保健師籍	1. 厚生労働省 2. (都道府県)				第							1. 平成 2. 昭和	年 月 日			
助産師籍	1. 厚生労働省 2. (都道府県)				第							1. 平成 2. 昭和	年 月 日			
看護師籍	1. 厚生労働省 2. (都道府県)				第							1. 平成 2. 昭和	年 月 日			
准看護師籍	()都道府県				第							1. 平成 2. 昭和	年 月 日			
主たる業務	1. 保健師業務 2. 助産師業務 3. 看護師業務															
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○で囲んでください。															
	1. 病院															
	2. 診療所 (ア 有床 イ 無床)															
	3. 助産所 分娩の取扱いあり (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者)															
	分娩の取扱いなし (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者)															
	4. 訪問看護ステーション (ア 管理者 イ 従事者)															
	5. 介護保険施設等															
	(ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院 ウ 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)															
	エ 居宅サービス事業所 オ 居宅介護支援事業所 カ その他)															
	6. 社会福祉施設 (ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他)															
看護師の特定行為研修の修了状況	7. 保健所、都道府県又は市区町村 (ア 保健所 イ 都道府県(アを除く) ウ 市区町村(アを除く))															
	8. 事業所															
	9. 看護師等学校養成所又は研究機関															
	10. その他															
	所在地	都 道 府 県								電話番号(- -)		※				
	名 称															
	雇用形態	1. 正規職員 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															
	2. 短時間労働者(常勤換算数 0 .)人 ※詳細は、記入例参照															
従事期間等	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															
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)															
	終了した特定行為区分															
	1 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 2 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連															
	3 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 4 循環器関連															
	5 心 ^{のう} 嚢ドレーン管理関連 6 胸腔ドレーン管理関連															
	7 腹腔ドレーン管理関連 8 ろう孔管理関連															
	9 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理) 10 栄養に係るカテーテル管理(抹消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 12 創部ドレーン管理関連															
	13 動脈血液ガス分析関連 14 透析管理関連															
	15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 16 感染に係る薬剤投与関連															
	17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 18 術後疼痛 ^{とう} 管理関連															
	19 循環動態に係る薬剤投与関連 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															
	備考															

- 裏面の【記入上の注意】をよく読んで記載漏れのないよう記入してください。
- 該当する数字又は文字を○で囲んでください。
- 休暇、休業中の方も就業先があれば届出が必要です。
- 平成31年1月15日(火)までに、就業地を管轄する保健所(従事先が安来市の場合は、安来市いきいき健康課)に提出してください。

【記入上の注意】

- 1 該当する文字又は数字を○で囲むこと。
- 2 年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。
- 3 「免許の種別」の欄は、保有する全ての免許について記載すること。
- 4 「主たる業務」の欄は、保健師免許、助産師免許及び看護師免許のうち2以上の免許を有する場合について、その主たる業務の一つについて記載すること。
- 5 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所で業務に従事している場合については、その主たるもの一つについて記載すること。
- 6 「3 助産所」の「分娩の取扱あり」「分娩の取扱なし」については、分娩取扱の実績の有無に関わらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩の取扱あり」の項目に記載すること。
- 7 事業所内に設置された診療所については、「2 診療所」ではなく「8 事業所」に含むものとする。
- 8 「5 介護保険施設等」は、「1 病院」、「2 診療所」及び「4 訪問看護ステーション」に該当するものを除くものとする。
- 9 「6 社会福祉施設」は、「1 病院」から「5 介護保険施設等」までに該当するものを除くものとする。
- 10 「雇用形態」は、次により記載すること。
 - ・ 「1 正規職員」とは、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を指すこと。
 - ・ 「2 非常勤職員等（1又は3に該当しない者）」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など名称にかかわらず、「1 正規職員」「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者を指すこと。
 - ・ 「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」とは、派遣会社から派遣されている者を指すこと。
- 11 「常勤換算」は、「雇用形態」にかかわらず、次により記載すること。
 - ・ 「1 フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40時間程度（1日8時間・週5日勤務等）の者を指すこと。
 - ・ 「2 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指すこと。
 - ・ また、（ ）は常勤換算した数値を記入すること。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入することとするが、0.1に満たない場合は0.1と記入すること。

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$$

例) フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、

① 週2日8時間勤務の場合（アルバイト等）

② 週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等）

① 8時間×2日

② 6時間×5日

40時間

=

① 0.4人

② 0.8人