【記載例】

（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　　（令和6年12月31日現在）

ふりがな	しまね　はなこ	性別	生年月日	年齢
氏名	島根　花子	1.男　(2.女)	1.令和　(2.平成)　3.昭和　4.西暦　1年4月5日	35歳
住所	島根　都道府県(県)　松江市〇〇町××番地　マンション名　△△号室 ※			
メールアドレス	abcdefghij ＠ 〇〇〇.jp			

記入しない

免許の種別	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　　号	1. 令和　2. 平成　3. 昭和　年　月　日
助産師籍	(1.) 厚生労働省　2.（　　都道府県）第 0 0 1 2 3 4 5 6 号	1. 令和　(2.) 平成　3. 昭和 29 年 4 月 15 日
看護師籍	(1.) 厚生労働省　2.（　　都道府県）第 8 7 6 5 4 3 2 1 号	1. 令和　(2.) 平成　3. 昭和 29 年 4 月 10 日
准看護師籍	（　　）都道府県第　　号	1. 令和　2. 平成　3. 昭和　年　月　日

所持していない免許種別には取消線を付する

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

必ずいずれかを選択すること

業務に従事する場所

※業務に従事する主たる場所1か所の番号を〇で囲んでください。

(1.) 病院
2. 診療所　　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 ）
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　（ ア 事業所内診療所　イ その他 ）
9. 看護師等学校養成所又は研究機関
10. その他

記入しない

所在地	島根　都道府県(県)　出雲市〇〇町××番地　電話番号（0853 － 00 － 0000） ※
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 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（対象：看護師のみ）	(1.) 有　2. 無 ）	指定研修機関番号	1 2 3 4 5 6 7

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
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 心嚢（のう）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）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
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（とう）痛管理関連
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

研修修了の有無が「有」の場合、修了証書に記載してある番号を記入してください

領域別パッケージ研修に〇をした場合、それに含まれる個別の特定行為区分にも〇をすること

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

備考

1. 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。
2. ボールペンで記入してください。（※消せるボールペンは使用しないこと）
3. 休暇、休業中の方も就業先があれば届出が必要です。
4. **令和7年1月15日（水）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。

漏れなく記載した上でご提出ください。