

准看護師業務従事者届

(令和4年12月31日現在)

| | | | | | | |
|-----------|---|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---|
| ふりがな | | | 性別 | 生 年 月 日 | | |
| 氏 名 | | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 |
| | | | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 西暦 (外国人の場合) | | 年 齢 歳 |
| 住 所 | 都道府県 | | | | | |
| 免許の別 | 登録籍 | | 登録番号 | | 登録年月日 | |
| | ※()内には、都道府県が交付した免許の場合のみ都道府県名を記入。 ※保有する免許すべてを記入 | | (右づめで記入) | | | |
| 保健師籍 | <input type="checkbox"/> 厚生労働省 | <input type="checkbox"/> () 都道府県 | 第 | | | 号 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 |
| 助産師籍 | <input type="checkbox"/> 厚生労働省 | <input type="checkbox"/> () 都道府県 | 第 | | | 号 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 |
| 看護師籍 | <input type="checkbox"/> 厚生労働省 | <input type="checkbox"/> () 都道府県 | 第 | | | 号 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 |
| 准看護師籍 | | () 都道府県 | 第 | | | 号 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 |
| 業務に従事する場所 | <input type="checkbox"/> 1 病院 ① (<input type="checkbox"/> ア 病棟 <input type="checkbox"/> イ 外来 <input type="checkbox"/> ウ その他 ()) ② (<input type="checkbox"/> ア 200床未満 <input type="checkbox"/> イ 200床以上) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 診療所 (<input type="checkbox"/> ア 有床 <input type="checkbox"/> イ 無床) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 助産所 分娩の取扱いあり (<input type="checkbox"/> ア 開設者 <input type="checkbox"/> イ 従事者 <input type="checkbox"/> ウ 出張のみによる者) 分娩の取扱いなし (<input type="checkbox"/> ア 開設者 <input type="checkbox"/> イ 従事者 <input type="checkbox"/> ウ 出張のみによる者) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 訪問看護ステーション (<input type="checkbox"/> ア 管理者 <input type="checkbox"/> イ 従事者) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 介護保険施設等 (<input type="checkbox"/> ア 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> イ 介護医療院 <input type="checkbox"/> ウ 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> エ 居宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> オ 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> カ その他 ()) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 6 社会福祉施設 (<input type="checkbox"/> ア 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> イ 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> ウ その他 ()) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 7 保健所、都道府県又は市町村 (<input type="checkbox"/> ア 保健所 <input type="checkbox"/> イ 都道府県(アを除く) <input type="checkbox"/> ウ 市町村(アを除く)) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 8 事業所 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 9 看護師等学校養成所又は研究機関 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 10 その他 () | | | | | |
| 所在地 | 市 町 | | | | 電話番号 | |
| 名 称 | | | | | | |
| 雇用形態 | <input type="checkbox"/> 1 正規雇用 <input type="checkbox"/> 2 非正規雇用 (1又は3に該当しない者) <input type="checkbox"/> 3 派遣(紹介予定派遣を含む) | | | | | |
| 常勤換算 | <input type="checkbox"/> 1 フルタイム労働者 <input type="checkbox"/> 2 短時間労働者 (0.) 人 ※記入例参照 | | | | | |
| 従 事 期 間 等 | <input type="checkbox"/> 1 従事期間1年未満 (従事開始の理由: <input type="checkbox"/> ア 新規 <input type="checkbox"/> イ 再就業 <input type="checkbox"/> ウ 転職 <input type="checkbox"/> エ その他) <input type="checkbox"/> 2 従事期間1年以上2年未満 (従事開始の理由: <input type="checkbox"/> ア 新規 <input type="checkbox"/> イ 再就業 <input type="checkbox"/> ウ 転職 <input type="checkbox"/> エ その他) <input type="checkbox"/> 3 従事期間2年以上 | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

(注意事項：裏面を確認のこと)

(注意事項)

- 1 該当する項目に☑を入れること。
- 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 保健師、助産師又は看護師の免許を2以上有する者が、2以上の業務に従事している場合は、その主たる業務の一つについてのみ届け出を行うものであるので注意すること。
ただし、「免許の種類別、登録簿、登録番号および登録年月日」欄は、保有するすべての免許について記載すること。保有しない免許等については、斜線で抹消すること。
- 4 「業務に従事する場所」の欄は、複数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。
- 5 「3 助産所」の「分娩の取扱いあり」「分娩の取扱いなし」については、分娩取扱いの実績の有無にかかわらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は「分娩の取扱いあり」の項目に記載すること。
- 6 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。
- 7 「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。
- 8 「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。
- 9 「雇用形態」は、次により記載すること。
 - ・ 「1 正規雇用」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 非正規雇用（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 正規雇用」「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。
- 10 「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 8時間×2日 | | ① 週2日8時間勤務の場合（アルバイト等） |
| ② 6時間×5日 | = | ② 週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等） |
| 40時間 | | ① 0.4人 ② 0.8人 |

- 11 「従事開始の理由」は、次により記載すること。
 - ・ 「ア 新規」とは、免許取得後、初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、2以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）を指すこと。
 - ・ 「イ 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合（ただし、「ア 新規」を除く。）を指すこと。
 - ・ 「ウ 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合を指すこと。
 - ・ 「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」のいずれにも該当しない場合を指すこと。
- 12 これは、「保健師助産師看護師法第33条」に基づく届け出である。