

保健師業務従事者届

(令和6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"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦 (外国人の場合)	年	月	日	
住 所		都道府県					
メー ル ア ド レ ス		@					
免 許 の 種 別	登 録 籍 ※()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	登 録 番 号 (右づめで記入)			登 録 年 月 日		
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"/> ア 事業所内診療所 <input type="checkbox"/> イ その他) <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					
	特定行為 研修の修 了状況	特定行為研修の修了の有無		<input type="checkbox"/> 1 有	<input type="checkbox"/> 2 無	指定研修機関番号	
		特定行為区分	<input type="checkbox"/> 1 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 <input type="checkbox"/> 2 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 <input type="checkbox"/> 3 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 <input type="checkbox"/> 4 循環器関連 <input type="checkbox"/> 5 心嚢ドレーン管理関連 <input type="checkbox"/> 6 胸腔ドレーン管理関連 <input type="checkbox"/> 7 腹腔ドレーン管理関連 <input type="checkbox"/> 8 ろう孔管理関連 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 11 創傷管理関連 <input type="checkbox"/> 12 創部ドレーン管理関連 <input type="checkbox"/> 13 動脈血液ガス分析関連 <input type="checkbox"/> 14 透析管理関連 <input type="checkbox"/> 15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 16 感染に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 18 術後疼痛管理関連 <input type="checkbox"/> 19 循環動態に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 <input type="checkbox"/> 21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連				
		領域別 パッケージ 研修	<input type="checkbox"/> 1 在宅・慢性期領域 <input type="checkbox"/> 2 外科術後病棟管理領域 <input type="checkbox"/> 3 術中麻酔管理領域 <input type="checkbox"/> 4 救急領域 <input type="checkbox"/> 5 外科系基本領域 <input type="checkbox"/> 6 集中治療領域				
	備考						

(注意事項:裏面を確認のこと。 ※電子で読み取るため、枠からはみ出さず、丁寧な字で記載してください。)

(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

①週2日8時間勤務の場合（アルバイト等） で	②週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等）
①8時間×2日 ②6時間×5日	= ①0.4人 ②0.8人
40時間	

- 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 「特定行為研修の修了状況」は、次のように記載すること。
 - ・ 「特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「指定研修機関」とは、同項第5号に規定する特定行為研修を行う者を指すこと。「特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指し、「領域別パッケージ研修」とは、同法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令（平成27年厚生労働省令第33号）別表第4の備考第5号に規定するとおり実施した研修を指すこと。
 - ・ 12月31日現在において、特定行為研修の指定研修機関（以下「指定研修機関」という。）から「特定行為研修修了証」が交付されている場合は「1. 有」に☑を入れること。
 - ・ 12月31日現在において、特定行為研修を受講していない場合（指定研修機関において現に受講中又は受講した者であって、指定研修機関から「特定行為研修修了証」が交付されていない場合も含む。）は「2. 無」に☑を入れること。
 - ・ 「指定研修機関番号」とは、指定研修機関から交付された「特定行為研修修了証」に記載されている「特定行為研修を実施した指定研修機関の指定研修機関番号及び名称」の欄に記載されている番号を指すこと。
 - ・ 該当する全ての特定行為区分及び領域別パッケージ研修の名称に☑を入れること。
- 13 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。