

保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届

○2ページ目裏面の業務従事者届記入要領を参考に黒色のボールペンで正確かつ鮮明に記入してください。
 ○看護職としての**大事な個人情報**です。**必ず本人が自署**してください。代筆しなければならないときは、必ず本人と記載内容を確認してください。不備があり問い合わせた時、本人が知らない場合が多く確認困難となっております。

令和4年12月31日現在

保健師・助産師・看護師・准看護師記入欄

①	記入例	ミヤサキリョウコ																			
	カタカナ書き (必ず記入)																				
	氏名 (必ず記入)																				
②	生年月日 及び 性別	年号	年	月	日	性別															
	記入例	2	3	0	8	7	2														

(記入例：生年月日が平成30年8月7日生で、女性である場合)

免許・登録及び資格

④ 免許の種別	⑤ すべての免許についての所持の有無	⑥ 登録番号(准看護師免許は登録元の都道府県名を記入してください。免許証に記載されています。また、番号は右詰で記入してください。)	⑦ 登録年月日(記入方法②を参照)																		
			年号	年	月	日															
保健師	← 1.有 2.無	厚生労働省 第																			
助産師	← 1.有 2.無	厚生労働省 第																			
看護師	← 1.有 2.無	厚生労働省 第																			
准看護師	← 1.有 2.無	()都道府県 第																			

※⑤⑥は免許取得者のみ記入。

主たる業務

⑦ 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

⑧ 業務に従事する場所
 01 病院 (ア 有床 イ 無床)
 02 診療所 (ア 開設者(出張のみを除く) イ 従事者 ウ 出張のみ)
 03 助産所 1 分娩取扱有 (ア 開設者(出張のみを除く) イ 従事者 ウ 出張のみ)
 2 分娩取扱無 (ア 開設者(出張のみを除く) イ 従事者 ウ 出張のみ)
 04 訪問看護ステーション (ア 管理者 イ 従事者)
 05 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)
 06 社会福祉施設 (ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他)
 07 保健所・市町村等 (ア 保健所 イ 都道府県(アを除く) ウ 市町村(アを除く))
 その他 (08 事業所 09 看護師等学校養成所又は研究機関 10 その他)

⑨ 業務に従事する場所の市町村コード

⑩ 業務に従事する場所	名称			
	所在地			
	TEL		FAX	
	E-mail(必須)			

従事期間等

⑪ 雇用形態 ← [1.正規雇用 2.非正規雇用(1または3に該当しない者) 3.派遣(紹介予定派遣を含む)]

⑫ 勤務形態 ← [1.フルタイム労働者 2.短時間労働者]

⑫で1(フルタイム労働者)を選択した方は⑭へ、2(短時間労働者)を選択した方は⑬へ

⑬ 常勤換算 〇. 人 ←

詳細は2ページ目裏面の記入要領を参考にすること。
 常勤換算 = $\frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$
 (記入例) 1週間の所定労働時間が40時間で、週2日8時間勤務の場合
 $\frac{8\text{時間} \times 2\text{日}}{40\text{時間}} = 0.4$ 人 → 0.4人と記入

*小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで記入する。0.1に満たない場合は0.1と記入。

⑭ 従事期間 ← [1.1年未満 2.1年以上2年未満 3.2年以上]

⑭で1及び2を選択した方のみ⑮を記入し、⑯(右ページ)へ。⑭で3を選択した方は、⑮を記入せず⑯(右ページ)へ。

⑮ 従事開始理由 ← [ア.新規 イ.再就業 ウ.転職 エ.その他]

保健師・助産師・看護師・准看護師記入欄（つづき）

就業時の状況

⑯ 出身看護師等学校養成所 ← 1.県内の学校養成所 2.県外の学校養成所
現在の就業地での従事が再就業または転職の方のみ⑰を記入し、⑱へ。新規またはその他の方は⑰を記入せず⑱へ。

⑰ 就業前の県内外の移動 ← 1.県内に就業していたが、離職後、県内で再就業又は転職
2.県外に就業していたが、離職後、県内で再就業又は転職

⑱ 看護師等届出制 度（とどけるん） ← 1.知っている 2.知らない 3.使ったことがある ※ 看護師等届出制度；看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、保健師・助産師・看護師・准看護師の免許を有し、業務に従事していない者は、都道府県ナースセンターへ届け出ることが努力義務となっている。

看護師の特定行為研修の修了状況

⑲ 特定行為研修の修了の有無 ← [1.有 2.無] ※ 特定行為；診療の補助のうち、高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる行為。これらの特定行為を手順書により行う場合は、看護師に特定行為研修の受講が義務付けられる。

⑲で1を選択した方は⑳へ、2を選択した方は終了です。

⑳ 指定研修機関番号 ※ 受講機関から発行された「特定行為研修修了証」に記載の番号を記入すること。

㉑ 修了した特定行為区分
当てはまる項目全てに1と記入し、当てはまらない項目は空白のままとしてください。

<input type="checkbox"/> 01 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	<input type="checkbox"/> 02 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
<input type="checkbox"/> 03 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	<input type="checkbox"/> 04 循環器関連
<input type="checkbox"/> 05 心臓ドレ ^ん 管理関連	<input type="checkbox"/> 06 胸腔ドレ ^ん 管理関連
<input type="checkbox"/> 07 腹腔ドレ ^ん 管理関連	<input type="checkbox"/> 08 ろう孔管理関連
<input type="checkbox"/> 09 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 ^ん 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 ^と 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	

㉒ 修了した領域別パッケージ研修
当てはまる項目に1と記入し、当てはまらない項目は空白のままとしてください。

<input type="checkbox"/> 01 在宅・慢性期領域	<input type="checkbox"/> 02 外科術後病棟管理領域
<input type="checkbox"/> 03 術中麻酔管理領域	<input type="checkbox"/> 04 救急領域
<input type="checkbox"/> 05 外科系基本領域	<input type="checkbox"/> 06 集中治療領域

*表1 市町村コード

二次医療圏	津軽地域	202 弘前市	204 黒石市	210 平川市	343 西目屋村	361 藤崎町	362 大鰐町	367 田舎館村	381 板柳町
	八戸地域	203 八戸市	441 三戸町	442 五戸町	443 田子町	445 南部町	446 階上町	450 新郷村	412 おいらせ町
	青森地域	201 青森市	301 平内町	303 今別町	304 蓬田村	307 外ヶ浜町			
	西北五地域	205 五所川原市	209 つがる市	321 鱒ヶ沢町	323 深浦町	384 鶴田町	387 中泊町		
	上十三地域	206 十和田市	207 三沢市	401 野辺地町	402 七戸町	405 六戸町	406 横浜町	408 東北町	411 六ヶ所村
	下北地域	208 むつ市	423 大間町	424 東通村	425 風間浦村	426 佐井村			

記入漏れがないか確認のうえ、令和5年1月15日（必着）までに提出してください。

送付先：〒030-8570 青森市長島一丁目1番1号「青森県健康福祉部医療薬務課 医務指導グループ」
TEL 017-734-9291（直通）