

保健師、助産師、看護師、准看護師 業務従事者届

一連番号				
1				5

(令和4年12月31日現在)

氏名	フリガナ ⁶											21	性別	1 男		生 年 月 日						年齢		
	漢字											22		2 女		23	1 大正	2 昭和	3 平成	24	年	26	月	28
住所	県 市・郡																							
免許の種類	保健師、助産師、看護師は、1大臣免許、2知事免許のいずれかの番号を○で囲んでください。准看護師は、2知事免許、3関西広域連合長免許のいずれかの番号を○で囲んでください。知事免許の場合は、都道府県名も記入してください。										登録番号					登録年月日 (当初の登録年月日)								
保健師籍	30		31		36		都道府県		第		号		46				47		49		51			
	1 大臣免許		2 知事免許 ()										1 2 3 4 大昭平令 正和成和		年		月		日					
助産師籍	53		54		59		都道府県		第		号		69				70		72		74			
	1 大臣免許		2 知事免許 ()										1 2 3 4 大昭平令 正和成和		年		月		日					
看護師籍	76		77		82		都道府県		第		号		92				93		95		97			
	1 大臣免許		2 知事免許 ()										1 2 3 4 大昭平令 正和成和		年		月		日					
准看護師籍	99		100		105		都道府県		第		号		115				116		118		120			
	3 関西広域連合長免許		2 知事免許 ()										1 2 3 4 大昭平令 正和成和		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 4 准看護師業務																	主たる業務						
																		122						
業務に従事する場所	病院 (01)																							
	診療所 (02 有床 03 無床)																							
	助産所																							
	分娩の取扱いあり (04 開設者 05 従事者 06 出張のみによる者)																							
	分娩の取扱いなし (07 開設者 08 従事者 09 出張のみによる者)																							
	種 訪問看護ステーション (10 管理者 11 従事者)																							
	別 介護保険施設等 (12 介護老人保健施設 13 介護医療院 14 指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 15 居宅サービス事業所 16 居宅介護支援事業所 17 その他)																							
	社会福祉施設 (18 老人福祉施設 19 児童福祉施設 20 その他)																							
	保健所、都道府県又は市町 (21 保健所 22 都道府県 (保健所を除く) 23 市町 (保健所を除く))																							
	事業所 (24)																							
看護師等学校養成所又は研究機関 (25)																								
その他 (26)																								
所在地											市町コード ¹²⁵	電話番号												
												-												
名称											名称コード ¹²⁷													
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 派遣職員(紹介予定派遣を含む)																	133						
常勤換算	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者(○)人 ※記入例参照														134	2と回答した場合	常勤換算							
																	135							
																	0.	人						
従事期間等	従事期間 1 年未満 → 従事開始の理由を記入: 1 新規 2 再就業 3 転職 4 その他 従事期間 1 年以上 2 年未満 → 従事開始の理由を記入: 5 新規 6 再就業 7 転職 8 その他 従事期間 2 年以上 → 9 と記入																	従事期間等						
																		136						

【裏面に続きます】

特定行為研修の修了の有無		指定研修機関番号			
1 有	2 無				
修了した特定行為区分					
特定行為研修の修了「有」の場合は、該当する全ての特定行為区分の番号を○で囲んでください。					
01 呼吸器（気道確保に係るもの）関連		02 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連			
03 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連		04 循環器関連			
05 心 ^{のう} 嚢ドレーン管理関連		06 胸腔ドレーン管理関連			
07 腹腔ドレーン管理関連		08 ろう孔管理関連			
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		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					
修了した領域別パッケージ研修					
該当する全ての領域別パッケージ研修の番号を○で囲んでください。					
01 在宅・慢性期領域		02 外科術後病棟管理領域			
03 術中麻酔管領域		04 救急領域			
05 外科系基本領域		06 集中治療領域			
備考					

看護師の特定行為研修の修了状況