

記入例

保健師、助産師、看護師、准看護師 業務従事者届

一連番号
記入しない

(令和6年12月31日現在)

令和6年12月31日現在の満年齢

1マス1字とし、左端から書き始め、姓と名は1マス空けること。濁点も1マスとすること

| | | | | | | | |
|------|----------|----|------------|---------|-------------------|----|------|
| フリガナ | カカワキョウコ | 性別 | 1 男 2 女 | 生 年 月 日 | 24 2年 26 0月 28 2日 | 年齢 | 57 歳 |
| 氏名 | 漢字 香川 京子 | | | | | | |

住所 香川 県 高松 (市) 郡 番町1丁目1番1号 高松マンション101号室 現住所を記入(現に居住している場所)

メールアドレス @

| 免許の種類 | 登録番号 | 登録年月日 (当初の登録年月日) |
|-------|------|------------------|
|-------|------|------------------|

保健師籍 30 複数の免許を有する場合は、全てについて記入

| | | | | | | | |
|--------|------------|---------|--------|------------|------|------|------|
| 1 大臣免許 | 2 知事免許 () | 都・道 府・県 | 第 37 号 | 46 1 2 3 4 | 47 年 | 49 月 | 51 日 |
|--------|------------|---------|--------|------------|------|------|------|

助産師籍 53 1 大臣免許 2 知事免許 () 都・道 府・県

| | | | |
|--------|------|------|------|
| 第 60 号 | 72 年 | 72 月 | 72 日 |
|--------|------|------|------|

再交付又は書換え交付を受けた場合、その年月日を記入せず、当初の登録年月日を記入 ※免許証の裏書等を確認

看護師籍 76 1 大臣免許 2 知事免許 () 都・道 府・県

| | | | | |
|---------|------------|--------------|--------|------------------|
| 第 103 号 | 92 1 2 3 4 | 93 大昭平令 正和成和 | 95 0 2 | 97 年 0 3 月 2 5 日 |
|---------|------------|--------------|--------|------------------|

末尾から右詰めて記入

准看護師籍 99 3 関西広域連合長免許 2 知事免許 (香川) 都・道 府・県

| | | | | |
|---------|---------------|---------------|---------|-----------------------|
| 第 106 号 | 114 1 2 3 4 5 | 115 大昭平令 正和成和 | 116 6 3 | 118 年 0 4 月 120 0 1 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

1~4で該当する番号を記入 **3**

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)

訪問看護ステーション (10 管理者 11 従事者)

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 事業所内診療所 25 その他)

看護師等学校養成所又は研究機関 (26)

その他 (27)

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関わらず、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」で該当する番号を記入

01~26で該当する番号を記入 (例)無床の診療所の場合、03となる

右側の市町コード表から該当する番号を記入

種別 **0 3**

所在地 さぬき市〇〇町〇丁目〇〇番地

市町コード 125 2 1 電話番号 087-123-4567

名称 〇〇クリニック

自施設の名称コードを記入 ※不明な場合は、施設所在地の保健所又は県保健福祉事務所へ確認する。

名称コード 1 2 3 4 5 6

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)

1~3で該当する番号を記入 **1**

常勤換算 1 フルタイム労働者 2 短時間労働者(〇)人 ※記入例参照

1又は2で該当する番号を記入 **2** 常勤換算 **0.8** 人

従事期間等 1 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

2(短時間労働者)の場合は前ページの例を参照し、計算した数字を記入

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

1~9で該当する番号を記入 (例)従事期間2年以上の場合、9となる **9**

| 番号 | 市町名 |
|----|-------|
| 01 | 高松市 |
| 10 | 土庄町 |
| 11 | 小豆島町 |
| 21 | さぬき市 |
| 22 | 東かがわ市 |
| 23 | 三木町 |
| 24 | 直島町 |
| 30 | 丸亀市 |
| 31 | 坂出市 |
| 32 | 普通寺市 |
| 33 | 宇多津町 |
| 34 | 綾川町 |
| 35 | 琴平町 |
| 36 | 多度津町 |
| 37 | まんのう町 |
| 40 | 観音寺市 |
| 41 | 三豊市 |

※裏面にあるので、記載忘れに注意!

指定研修機関において特定行為研修を修了し、特定行為研修修了証が公布されている場合は1と回答して下さい。

対象は看護師のみです。

指定研修期間から交付された「特定行為研修修了証」に記載されている指定研修機関番号(7桁)を記入して下さい。

| 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 | | 指定研修機関番号 | | | | | | |
|--|--|-----|----------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 有 | 2 無 | X | X | X | X | X | X | X |
| 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 心囊 ^{のう} 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 | | | | | | | | | |

指定研修期間から交付された「特定行為研修修了証」と照合し、正確に記入して下さい。

該当するすべての領域について○を記入して下さい。領域別パッケージ研修に含まれる特定行為区分については、「修了した特定行為区分」の欄においても○を記入して下さい。