

保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届(令和6年12月31日現在)



裏面「記入上の注意」を熟読の上、記入してください。

この届けは、令和7年1月15日(水)までに、就業地を管轄する保健所(仙台市にあっては仙台市健康福祉局医務業務課)に提出してください。

(1)現在の主たる業務 ※該当する一つの番号を記入		(2)保健所 ※記入不要		(3)	セイ ⁴	メイ ⁵				
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	2	3	氏名	姓	名			
(4)年齢 生年月日 ※該当する年号に○			(5)性別 ※該当する番号を記入		(6)現住所(都道府県名から記入してください。)					
6	7	平成 昭和 西暦	年	月	日	1.男 2.女	都道府県 市区 町村			
(7)免許の種類別 ※保有する全ての免許について記入		(7)①免許交付者 ※該当する番号を記入		(7)②登録番号 ※保有する全ての免許について記入			(7)③登録年月日 ※該当する年号のアルファベットを記入	(7)④都道府県名 ※(7)①「免許交付者」が都道府県知事の場合記入		
保健師籍		1. 厚生労働大臣 2. 都道府県知事		9	10	16	R.令和 H.平成 S.昭和	17 18 23 24 31		
助産師籍		1. 厚生労働大臣 2. 都道府県知事		32	33	39	R.令和 H.平成 S.昭和	40 41 46 47 54		
看護師籍		1. 厚生労働大臣 2. 都道府県知事		55	56	62	R.令和 H.平成 S.昭和	63 64 69 70 77		
准看護師籍		2. 都道府県知事		78	79	85	R.令和 H.平成 S.昭和	86 87 92 93 100		
(8)業務に 従事する 場所	(8)①区分 01.病院 02.有床の診療所 03.無床の診療所 04.助産所(分娩の取扱いあり)の開設者 05.助産所(分娩の取扱いあり)の従事者 06.助産所(分娩の取扱いあり)の出張のみによる者 07.助産所(分娩の取扱いなし)の開設者 08.助産所(分娩の取扱いなし)の従事者 09.助産所(分娩の取扱いなし)の出張のみによる者 10.訪問看護ステーションの管理 11.訪問看護ステーションの従事者 12.介護保険施設等のうち介護老人保健施設 13.介護保険施設等のうち介護医療院 14.介護保険施設等のうち指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 15.介護保険施設等のうち居宅サービス事業所 16.介護保険施設等のうち居宅介護支援事業所 17.介護保険施設等のうちその他 18.社会福祉施設のうち老人福祉施設 19.社会福祉施設のうち児童福祉施設 20.社会福祉施設のうちその他 21.保健所 22.都道府県(保健所を除く) 23.市町村(保健所を除く) 24.事業所のうち事業所内診療所 25.事業所のうちその他 26.看護師等学校養成所又は研究機関 27.その他							※該当する一つの 番号を記入		
	(8)②名称								101	102
	(8)③所在地	市町村コード ※裏面「記入上の注意」参照		(所在地)		電話番号 ()				
	103	104	宮城県							
(9)雇用形態 1. 正規職員 2. 非正規職員等(1又は3に該当しない者) 3. 派遣(紹介予定派遣を含む)								※該当する一つの 番号を記入		
								105		
(10)常勤換算 1. フルタイム労働者 2. 短時間労働者(〇)人 → ※裏面「記入上の注意」参照							※該当する一つの 番号を記入		※2.に該当する場合は 常勤換算した数値を記入	
							106	107		
(11)従事期間等 ※該当する一つの番号を記入 1. 従事期間1年未満で、従事開始の理由が新規 2. 従事期間1年未満で、従事開始の理由が再就業 3. 従事期間1年未満で、従事開始の理由が転職 4. 従事期間1年未満で、従事開始の理由がその他 5. 従事期間1年以上2年未満で、従事開始の理由が新規 6. 従事期間1年以上2年未満で、従事開始の理由が再就業 7. 従事期間1年以上2年未満で、従事開始の理由が転職 8. 従事期間1年以上2年未満で、従事開始の理由がその他 9. 従事期間が2年以上								※該当する一つの 番号を記入		
								108		
(12)看護師の特定 行為研修の修了状況	(12)①研修修了の有無 1. 有 2. 無		※該当する一つの 番号を記入		(12)②指定研修機関番号 ※裏面「記入上の注意」参照			109	115	
			108							
	(12)③修了した特定行為区分 ※該当する番号を記入(複数回答可) 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.心臓ドレーン管理関連 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								116	143
(12)④修了した領域別パッケージ研修 ※該当する番号を記入(複数回答可) 01.在宅・慢性期領域 02.外科術後病棟管理領域 03.術中麻酔管理領域 04.救急領域 05.外科系基本領域 06.集中治療領域								144	151	

「保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届」記入上の注意

(1)現在の主たる業務 現在従事している業務(複数の業務に従事している場合は主たる業務)について該当する番号を記入してください。

(2)保健所 記入不要

(3)氏名 保健師籍、助産師籍、看護師籍、准看護師籍に登録されている氏名を正確に記入してください。フリガナはカタカナで記入してください。

(4)年齢・生年月日 令和6年12月31日現在の満年齢及び、保健師籍、助産師籍、看護師籍、准看護師籍に登録されている生年月日を正確に記入してください。

(5)性別 該当する番号を記入してください。

(6)現住所 現に居住している場所を記入してください。

(7)免許の種別 保有する全ての免許について記入してください。

① 免許交付者 厚生労働大臣又は都道府県知事のどちらかの該当する番号を記入してください。

② 登録番号 保健師籍、助産師籍、看護師籍、准看護師籍に登録された番号及び年月日を記入してください。

③ 登録年月日 (旧規則により都道府県知事から免状を受けた者を含みます)

・ 再交付又は籍訂正(書換)を受けた年月日を記入しないよう注意してください。

・ 登録番号は右詰めとしてください。

④ 都道府県名 (免許交付者が都道府県知事の場合)都道府県知事の免許及び免状を受けた者は、必ず記入してください。

(8)業務に従事する場所

① 区分 該当する番号を記入してください。複数の場所で業務に従事している場合は、その主たる場所一つを記入します。

・ 事業所内に設置される診療所については、「02.有床の診療所」「03.無床の診療所」ではなく「24.事業所のうち事業所内診療所」に区分してください。

・ 「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」を選択してください。

・ 「介護保険施設等」は、「病院」「診療所」及び「訪問看護ステーション」に該当するものを除きます。

・ 「社会福祉施設」は、「病院」「診療所」「助産所」「訪問看護ステーション」及び「介護保険施設等」に該当するものを除きます。

・ 「事業所」は、01～23及び26に該当しない事業所(会社、工場その他の事業所(これらの事業所に設置される診療所を含む))を指します。

② 名称 現に業務に従事している場所について、その名称を正確に記入してください。

③ 所在地 現に業務に従事している場所について、その所在地・電話番号を記入してください。

・ 「06.助産所(分娩の取扱いあり)の出張のみによる者」「09.助産所(分娩の取扱いなし)の出張のみによる者」については、現住所を記入します。

・ 市町村コードは、下表により所在地の市町村コードを記入してください。

仙台市	石巻市	10	多賀城市	16	富谷市	22	川崎町	28	利府町	34	涌谷町	40	
青葉区	01	塩竈市	11	岩沼市	17	蔵王町	23	丸森町	29	大和町	35	美里町	41
宮城野区	02	気仙沼市	12	登米市	18	七ヶ宿町	24	亘理町	30	大郷町	36	女川町	42
若林区	03	白石市	13	栗原市	19	大河原町	25	山元町	31	大衡村	37	南三陸町	43
太白区	04	名取市	14	東松島市	20	村田町	26	松島町	32	色麻町	38		
泉区	05	角田市	15	大崎市	21	柴田町	27	七ヶ浜町	33	加美町	39		

(9)雇用形態 該当する番号を記入してください。

・ 「1.正規職員」とは、施設が直接雇い入れた者であって、所定労働時間をすべて勤務する者であり、契約期間が限定されていない者を指します。

・ 「2.非正規職員等」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.正規職員」「3.派遣(紹介予定派遣を含む)」に該当しない者を指します。

・ 「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します。

(10)常勤換算 (9)に関わらず、次により該当する番号を記入してください。

・ 「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)の者を指します。

・ 「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します。また、()には下記により常勤換算した数値を記入してください。

<計算方法>

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}} \quad ※ \text{小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで記入してください。0.1に満たない場合は0.1と記入してください。}$$

(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、

$$\text{① 週2日8時間勤務の場合(アルバイト等)} \quad \dots \quad \frac{8\text{時間} \times 2\text{日}}{40\text{時間}} = 0.4\text{人}$$

$$\text{② 週5日6時間勤務の場合(育児短時間勤務等)} \quad \dots \quad \frac{6\text{時間} \times 5\text{日}}{40\text{時間}} = 0.8\text{人}$$

(11)従事期間等 現在従事する場所における連続した従事期間の年数により記入してください。ただし、従事場所に変更があった場合においても、同一の者が設置する施設・事業所間の異動・転勤に伴う場合は、従事場所に変更がなかったものとみなして記入してください。

・ 「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、複数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)を指します。

・ 「再就業」とは、現在の従事場所に従事開始前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「新規」を除く)を指します。

・ 「転職」とは、現在の従事場所に従事開始前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します。

・ 「その他」とは、「新規」「再就業」「転職」のいずれにも該当しない場合を指します。

(12)看護師の特定行為研修の修了状況

① 研修修了の有無 該当する番号を記入してください。「2.無」を選択した場合は、以下の記入は不要です。

② 指定研修機関番号 特定行為研修の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記入してください。

③ 修了した特定行為区分 修了した特定行為区分全ての番号を記入してください。

④ 修了した領域別パッケージ研修 修了した領域別パッケージ研修全ての番号を記入してください。あわせて、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「(12)③修了した特定行為区分」の欄の該当する番号も記入してください。