

# 保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届

〔注意事項〕

①別紙「記入要領」を読んでボールペンで記入して下さい。 ②選択肢があるものは、該当する数字又は文字を○で囲んで下さい。  
③令和7年1月15日(水)までに、就業地を管轄する保健所へ提出して下さい。

(令和6年12月31日現在)

ふりがな			性別	生年月日						年齢		
氏名			1. 男 2. 女	2. 平成 3. 昭和	年	月	日	R6.12.31 満年齢	歳			
住所	県	市・郡	町	番・番地								
メールアドレス	@											
免許の種類	*保有する免許すべて記入 *知事免許は都道府県名を記入		コード	登録番号				登録年月日				
保健師籍	厚生労働省・ 都道府県		第				号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月	日	
助産師籍	厚生労働省・ 都道府県		第				号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月	日	
看護師籍	厚生労働省・ 都道府県		第				号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月	日	
准看護師籍		都道府県	第				号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月	日	
主たる業務	*1つだけ○で囲む 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											
業務に 従事する 場所  *主たる 業務従事場所の 番号を1つだけ ○で囲む	● 病院 (病棟)		01	訪問看護部門			02	訪問看護部門以外				
	(外来)		03	訪問看護部門			04	訪問看護部門以外				
	(その他)		05	訪問看護部門			06	訪問看護部門以外				
	● 診療所 (有床)		07	訪問看護部門			08	訪問看護部門以外				
	(無床)		09	訪問看護部門			10	訪問看護部門以外				
	● 助産所 (分娩の取扱あり)		11	開設者		12	従事者		13 出張のみによる者			
	(分娩の取扱なし)		14	開設者		15	従事者		16 出張のみによる者			
	● 訪問看護ステーション		17	管理者		18 従事者						
	● 介護保険施設等		19	介護老人保健施設		20	介護医療院		21 指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)			
			22	居宅サービス事業所		23	居宅介護支援事業所		24 その他			
● 社会福祉施設		25	老人福祉施設		26	児童福祉施設		27 その他				
● 保健所、県又は市町		28	保健所		29	県(28を除く)		30 市町(28を除く)				
● 事業所		31	事業所内診療所		32 その他							
● 看護師等学校養成所又は研究機関		33	● その他		34							
所在地	長崎県		市・郡	町	番・番地							
電話番号					名称							
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(紹介予定派遣を含む)				
常勤換算	1. フルタイム労働			2. 短時間労働 ( 0. )人				*記入要領の計算式を参照し計算				
従事期間等	従事期間1年未満〈従事開始の理由〉			1. 新規	2. 再就業		3. 転職		4. その他			
	従事1年以上2年未満〈従事開始の理由〉			5. 新規	6. 再就業		7. 転職		8. その他			
	9. 従事期間2年以上			上記2・3・6・7 に○した方⇒		以前の従事場所		1. 県内 2. 県外 3. 無				
看護師の 特定行為 研修の 修了状況	研修修了の有無		1. 有 2. 無		指定研修機関番号							
	修了した区分	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
		A	B	C	D	E	F	*「特定行為研修修了証」記載の区分のコードをすべて○で囲む				
	研修受講中の有無		1. 有 2. 無									
受講中の区分	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
	A	B	C	D	E	F	*受講中の区分のコードをすべて○で囲む					

←この欄のコードは記入しないこと