

保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届

(令和2年12月31日現在)

ふりがな	性別		生年月日				年齢				
氏名	M:男 W:女	T:大正 S:昭和 H:平成	年	月	日	(R2.12.31満年齢)		歳			
住所	県	市・郡	町	番・番地							
免許等の登録番号(注意事項5)	厚生労働省免許、都道府県免許等のうち該当する方を○で囲み、都道府県免許等の場合は、()内に都道府県名と右欄に2桁のコード番号を記入して下さい。		登録番号		登録年月日						
保健師籍	() 厚生労働省 () 都道府県	第	号	S:昭和 H:平成 R:令和	年	月	日				
助産師籍	() 厚生労働省 () 都道府県	第	号	T:大正 R:令和 S:昭和 H:平成	年	月	日				
看護師籍	() 厚生労働省 () 都道府県	第	号	T:大正 R:令和 S:昭和 H:平成	年	月	日				
准看護師籍	() 都道府県	第	号	S:昭和 H:平成 R:令和	年	月	日				
主たる業務(注意事項6)	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(注意事項7)	・業務に従事する主たる場所1つの番号を○で囲んで下さい。										
	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				
	助産所(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	14	指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)				
	介護保険施設等	12	介護老人保健施設	13	介護医療院		その他				
		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、都道府県又は市区町村事業所	21	保健所	22	都道府県	23	市区町村				
その他	24										
	25										
	26										
所在地	長崎県	市・郡	町	番・番地							
電話番号			名称								
雇用形態(注意事項11)	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(注意事項12)	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 (0.)人										
従事期間等(注意事項13)	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	
	従事期間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	
	従事期間2年以上		9		年						
看護師の特定行為研修の修了状況(注意事項14)	特定行為研修の修了の有無		1	有	2	無	指定研修機関番号				
	修了した特定行為区分及び修了した領域別パッケージ研修の番号を○で囲んで下さい。										
	呼吸器関連	気道確保に係るもの	01	創傷管理関連	11	修了した領域別パッケージ研修	在宅・慢性期領域	22			
		人工呼吸療法に係るもの	02	創部ドレーン管理関連	12		外科術後病棟管理領域	23			
		長期呼吸療法に係るもの	03	動脈血液ガス分析関連	13		術中麻酔管理領域	24			
	循環器関連	04	透析管理関連	14	救急領域		25				
	心臓ドレーン管理関連	05	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	15							
	胸腔ドレーン管理関連	06	感染に係る薬剤投与関連	16							
	腹腔ドレーン管理関連	07	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	17							
	ろう孔管理関連	08	術後疼痛管理関連	18							
	栄養に係るカテーテル管理関連(中心静脈カテーテル管理)	09	循環動態に係る薬剤投与関連	19							
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連		20								
	栄養に係るカテーテル管理関連(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)	10	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	21							

↑この欄のコードは記入しないこと

★上記「従事期間等」の項目で「従事開始の理由」について、「2」「3」「6」及び「7」(再就業及び転職)を選んだ方のみお答え下さい。

それ以外の方は斜線を引いて下さい。

あなたは、次のどれに当てはまりますか。 該当するもの1つを選んで記入して下さい。

- 1 県内に就業していたが、離職後、県内に再就業又は転職した者
- 2 県外に就業していたが、離職後、県内に再就業又は転職した者

<注意>

- ①別紙の「記入上の注意事項」をよく読んで記入して下さい。
- ②ボールペンで記入して下さい。
- ③該当する文字又は数字を○で囲んで下さい。
- ④この届出票は、就業地を管轄する保健所に令和3年1月15日(金)までに提出して下さい。