（保健師、助産師、看護師、准看護師）業務従事者届

令和8年12月31日現在

［ この欄は記入しないこと ］

※届出用紙が不足する場合は、コピーしてご記入ください。
◎ 記載要領をよく読み、保有する**すべての免許を確認して記入すること。**
◎ ＊のあるコード記入欄は、コード表を参照し、記入すること。

ふりがな 氏　名		旧姓 (※任意)		電話番号 自宅または携帯	

性　別	1　男 2　女	生年月日	1 令 和 2 平 成 3 昭 和 4 西 暦	年	月	日	年 齢	満　　歳

住　所	都 道 府 県
メールアドレス	@

免許の種別 保有するすべての免許を記入	登録先　※＜　＞欄は旧規則による免状保有者等のみ記入	登 録 番 号	登録年月日 年号	年	月	日
保健師籍	1 厚生労働省 2 ＜　　＞都道府県知事	第　　号	1 令和　2 平成 3 昭和			
助産師籍	1 厚生労働省 2 ＜　　＞都道府県知事	第　　号	1 令和　2 平成 3 昭和			
看護師籍	1 厚生労働省 2 ＜　　＞都道府県知事	第　　号	1 令和　2 平成 3 昭和			
准看護師籍	都道 府県　　知事	第　　号	1 令和　2 平成 3 昭和			

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

業務に従事する場所

※主たる場所1か所を○で囲む。内訳がある場合はさらに選択する。

1 病院
2 診療所（ア 有床　イ 無床 ）
3 助産所
　分娩の取扱いあり
　（ア 開設者　イ 従事者　ウ 出張のみによる者 ）
　分娩の取扱いなし
　（ア 開設者　イ 従事者　ウ 出張のみによる者 ）
4 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ（ア 管理者　イ 従事者 ）
5 介護保険施設等
　ア 介護老人保健施設　　イ 介護医療院
　ウ 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
　エ 居宅サービス事業所
　オ 居宅介護支援事業所
　カ その他
6 社会福祉施設
　（ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他）
7 保健所、都道府県又は市区町村
　（ア 保健所　イ 都道府県(アを除く)　ウ 市区町村(アを除く)）
8 事業所　（ア 事業所内診療所　イ その他 ）
9 看護師等学校養成所又は研究機関
10 その他

＊市町村コード （勤務先所在地）	
所在地	
電　話	（　　－　　－　　）
名称	
＊医療機関コード （病院を選択の場合のみ）	
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 （紹介予定派遣含む）
常勤換算	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 0.□人 ＊□の中に数字を**必ず**記入

<table>
<tr><td>従事期間・開始理由等</td><td>※現在従事している場所の従事期間・開始理由を回答する。
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・事業所の間の異動・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すること。
1 従事期間1年未満
→ 従事開始の理由 （ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他）
2 従事期間1年以上2年未満
→ 従事開始の理由 （ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他）
3 従事期間2年以上</td></tr>
<tr><td rowspan="6">看護師の特定行為研修の修了状況</td><td>特定行為研修の修了の有無 ： 1 有 2 無</td></tr>
<tr><td>※「1 有」の場合は、以下について記入すること</td></tr>
<tr><td>指定研修機関番号 ：</td></tr>
<tr><td>修了した特定行為区分</td></tr>
<tr><td>※特定行為研修修了証に記載された特定行為区分の番号すべてを○で囲む。
1 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
2 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
4 循環器関連
5 心嚢ドレーン管理関連
6 胸腔ドレーン管理関連
7 腹腔ドレーン管理関連
8 ろう孔管理関連
9 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</td></tr>
<tr><td>修了した領域別パッケージ研修</td></tr>
<tr><td>※特定行為研修修了証に記載された領域の番号を○で囲む。
1 在宅・慢性期領域
2 外科術後病棟管理領域
3 術中麻酔管理領域
4 救急領域
5 外科系基本領域
6 集中治療領域</td></tr>
<tr><td rowspan="4">群馬県独自報告</td><td>卒業した看護師等学校養成所</td></tr>
<tr><td>※卒業した看護師等養成所の番号を○で囲む。
複数の養成所を卒業している場合は、最後に卒業した養成所を選択すること。
1 群馬県内の看護系大学
2 群馬県内の養成所等（1以外）
3 群馬県外の看護系大学
4 群馬県外の養成所等（3以外）</td></tr>
<tr><td>出身地</td></tr>
<tr><td>※出身地の番号を○で囲む。なお、出身地とは高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い地域のこと。
1 群馬県出身
2 群馬県外出身</td></tr>
</table>