

(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)

佐賀県

ふりがな				性別	生年月日			年齢
氏名				1.男 2.女	1.平成 2.昭和 3.西暦	年 月 日	歳	
住所								
メールアドレス	@							
免許の種類	注:所有している免許について有無欄に「○」を記入し、登録番号および登録年月日を記入してください。							
	有無	登録番号(右につめて記入してください。)				登録年月日		
保健師籍	第				号	注:准看護師免許を所有する方のみ、籍登録都道府県名を記入してください。	1.令和 2.平成 3.昭和 年 月 日	
助産師籍	第				号		1.令和 2.平成 3.昭和 年 月 日	
看護師籍	第				号		1.令和 2.平成 3.昭和 年 月 日	
准看護師籍	第				号	→()	1.令和 2.平成 3.昭和 年 月 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							
業務に従事する場所	※業務に従事する主たる場所1か所の番号を○で囲んでください。							
	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	※1.2に該当するものを除く (ア 管理者 イ 従事者)						
	5. 介護保険施設等	※1.2.4に該当するものを除く (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	※1.~5.に該当するものを除く (ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他)						
	7. 保健福祉事務所、都道府県又は市町	(ア 保健福祉事務所 イ 都道府県(アを除く) ウ 市町)						
	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	()							
所在地	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. フルタイム労働者 2. 短時間労働者(常勤換算数 0.)人 常勤換算 = $\frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$ ※詳細は、裏面参照							
従事期間等	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							
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 (1. 有 2. 研修受講中 3. 無)				指定研修機関番号又は指定研修機関名 ()			
	研修修了又は受講中の特定行為区分							
	1. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連	(ア 修了 イ 受講中)		2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	(ア 修了 イ 受講中)			
	3. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	(ア 修了 イ 受講中)		4. 循環器関連	(ア 修了 イ 受講中)			
	5. 心臓ドレーン管理関連	(ア 修了 イ 受講中)		6. 胸腔ドレーン管理関連	(ア 修了 イ 受講中)			
	7. 腹腔ドレーン管理関連	(ア 修了 イ 受講中)		8. ろう孔管理関連	(ア 修了 イ 受講中)			
	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	(ア 修了 イ 受講中)		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	(ア 修了 イ 受講中)			
	11. 創傷管理関連	(ア 修了 イ 受講中)		12. 創部ドレーン管理関連	(ア 修了 イ 受講中)			
	13. 動脈血液ガス分析関連	(ア 修了 イ 受講中)		14. 透析管理関連	(ア 修了 イ 受講中)			
	15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	(ア 修了 イ 受講中)		16. 感染に係る薬剤投与関連	(ア 修了 イ 受講中)			
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	(ア 修了 イ 受講中)		18. 術後疼痛管理関連	(ア 修了 イ 受講中)				
19. 循環動態に係る薬剤投与関連	(ア 修了 イ 受講中)		20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	(ア 修了 イ 受講中)				
21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連	(ア 修了 イ 受講中)							
研修修了又は受講中のパッケージ研修								
1. 在宅・慢性期領域	(ア 修了 イ 受講中)		2. 外科術後病棟管理領域	(ア 修了 イ 受講中)				
3. 術中麻酔管理領域	(ア 修了 イ 受講中)		4. 救急領域	(ア 修了 イ 受講中)				
5. 外科系基本領域	(ア 修了 イ 受講中)		6. 集中治療領域	(ア 修了 イ 受講中)				

1. 裏面を参照のうえ、現に所有している免許証を確認して記入してください。 3. 令和7年1月15日までに、就業地を管轄する保健福祉事務所に提出してください。
2. 該当する数字又は文字を○で囲んでください。 4. お預かりした個人情報は、その目的以外には利用しません。

＜記入上の注意＞

- 年齢 令和6年12月31日現在の満年齢を記入
- メールアドレス 職場ではなく、個人メールアドレスを記入することで、次回の届出以降も、勤務先が変わっても届出やキャリア情報の内容を引き継ぐことが可能。
- 免許の種類 現在所有する全ての免許について記入すること。
- 免許登録年月日 登録年月日は、初めて登録をされた日であり、**再交付又は書換え交付を受けた年月日を記入しないこと。**
- 主たる業務 現在、従事している業務について、1つ選択すること。
複数の免許を有する場合は、その主たるもの1つについて、以下の内容を記載すること。
- 業務に従事する場所 複数の場所で業務に従事している場合は、その主たるもの1つについて記入すること。
・「3. 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かかわらず、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」の項目に記載すること。
・「4. 訪問看護ステーション」は、「1. 病院」、「2. 診療所」に該当するものを除く。
・「5. 介護保険施設等」は、「1. 病院」、「2. 診療所」及び「4. 訪問看護ステーション」に該当するものを除く。
・「6. 社会福祉施設」は、「1. 病院」から「5. 介護保険施設等」に該当するものを除く。
・事業所内に設置された診療所については、「2. 診療所」ではなく「8. 事業所」に含む。
- 雇用形態 (**正規雇用**) 施設が直接雇い入れた者であって、施設が定めた所定労働時間を全て勤務する者であり、契約期間が限定されていない者
(**非正規雇用**) パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など、正規雇用および派遣に該当しない者
(**派遣**) 派遣会社から派遣されている者
- 常勤換算 『雇用形態』にかかわらず、次により記入すること。
(**フルタイム労働者**) 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
(**短時間労働者**) 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
() は常勤換算した数値を記入してください。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入することとしますが、0.1に満たない場合は0.1と記入してください。
- 計算式⇒ 常勤換算 = $\frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$

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

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

② 週5日6時間勤務の場合 $\frac{6\text{時間} \times 5\text{日}}{40\text{時間}} = 0.8\text{人}$
(育児短時間勤務等)
- 従事期間 現所属での従事期間について、同一の者が設置する施設・事業所間の異動・転勤は、従事場所に変更がなく、継続しての勤務とする。「従事開始の理由」は、次により記入すること。
(**ア 新規**) 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、2以上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)
(**イ 再就業**) 現在の就業場所に従事開始前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、「ア 新規」を除く)
(**ウ 転職**) 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
(**エ その他**) 「ア 新規」「イ 再就業」「ウ 転職」のいずれにも該当しない場合
- 特定行為 「看護師の特定行為研修の修了状況」は、次のように記載すること。
・「看護師の特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「指定研修機関」とは、同項第5号に規定する特定行為研修を行う者を指すこと。また、「特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指すこと。「領域パッケージ研修」とは、同項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令(平成27年厚生労働省令第33号)別表第4の備考第5号に規定するとおり実施した研修を指すこと。
・「修了した特定行為区分」の欄は、該当する全ての特定行為区分について記載すること。
・「修了したパッケージ研修」の欄は、該当するすべての領域について記載すること。

※佐賀県ナースセンターでは、就業相談・再就業支援研修などを行っております。お知り合いの方に、未就業の看護師等有資格者がいらっしゃいましたら、ぜひご紹介ください。
なお、平成27年10月から、看護職員の離職時等の届出制度が始まりました。詳しくは、佐賀県看護協会(佐賀県ナースセンター)のホームページでご確認ください。(佐賀県ナースセンター TEL:0952-51-3511)