

(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

※令和7年1月15日までに就業地を管轄する保健所(↓該当箇所を○で囲む。)に提出すること。

(県北 ・ 県中 ・ 県南 ・ 会津 ・ 南会津 ・ 相双 ・ 福島市 ・ 郡山市 ・ いわき市) 保健所



記入例やオンライン届出

ふりがな			性別	生 年 月 日	
氏 名			1. 男 2. 女	1. 令和 2. 平成 3. 昭和 4. 西暦	年 月 日 (歳)
住 所	都 道 府 県	市 町 村	※字・番地・建物名等を記入		
メールアドレス	@				
免許の種別	登 録 番 号			登 録 年 月 日	
保健師籍	厚生労働省(都道府県) 第 ※()内は都道府県登録の場合のみ記入		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 ※()内は都道府県登録の場合のみ記入		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 ※()内は都道府県登録の場合のみ記入		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 ※複数選択不可	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 ※取得している免許のうち主たる業務を1つ選択すること。				
業務に従事 する場所	1 病院 ※2~7を選択した場合は()内も必ず選択すること。				
	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				
名称 ※正式名称(法人名 等を省略しない × (医)○医療法人)				電話番号	
所在地	都 道 府 県	市 町 村	※字・番地・建物名等を記入		
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 (0.)人 ※	※ 短時間労働者の1週間当たりの労働時間 フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間		
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 ※ 1、2の場合、従事開始の理由については、下記により選択すること。 ア 新規: 免許取得後、初めて看護職として勤務した場合 イ 再就業: 従事開始前1年間に看護職として勤務していない場合 ウ 転職: 従事開始前1年間に看護職として勤務したことがある場合				

裏面も回答願います

看護師の 特定行為 研修の 修了状況 <small>※特定行為研修 の修了の有無で 「2.無」の場合 は他欄記入不要</small>	<small>※指定研修機関から交付される「特定行為研修修了証」を確認のうえ記入すること。（「記載上の注意」参照）</small>										
	特定行為研修の修了の有無	指定研修機関番号									
	1. 有 2. 無										
	修了した特定行為区分										
	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 （未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											
修了した領域別パッケージ研修											
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										
その他の 調査項目	就業年数	1 現在の就業先での従事期間（表面の「業務に従事する場所／従事期間等」で選択した期間と整合すること。） ① 1年未満 ② 1～3年未満 ③ 3～5年未満 ④ 5～10年未満 ⑤ 10～15年未満 ⑥ 15～20年未満 ⑦ 20年以上 2 看護職として就職してから現在までの通算就業年数 ① 1年未満 ② 1～3年未満 ③ 3～5年未満 ④ 5～10年未満 ⑤ 10～15年未満 ⑥ 15～20年未満 ⑦ 20年以上									
	転職・再就業の際に利用した機関等	1 あり } } } <small>（主なものを1つ選択）</small> 2 なし <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 ナースバンク （ナースセンター）</td> <td style="width: 33%;">2 ハローワーク</td> <td style="width: 33%;">3 ふくしま看護職ナビ</td> </tr> <tr> <td>4 行政機関の情報</td> <td>5 民間の職業紹介所</td> <td>6 医療機関等ホームページ</td> </tr> <tr> <td>7 広告・求人誌等</td> <td>8 知人等の紹介</td> <td>9 その他（ ）</td> </tr> </table>	1 ナースバンク （ナースセンター）	2 ハローワーク	3 ふくしま看護職ナビ	4 行政機関の情報	5 民間の職業紹介所	6 医療機関等ホームページ	7 広告・求人誌等	8 知人等の紹介	9 その他（ ）
	1 ナースバンク （ナースセンター）	2 ハローワーク	3 ふくしま看護職ナビ								
	4 行政機関の情報	5 民間の職業紹介所	6 医療機関等ホームページ								
7 広告・求人誌等	8 知人等の紹介	9 その他（ ）									
ナースセンターの利用意向について	今後、転職や再就業する際に都道府県ナースセンターを利用したいと思いますか？ 1 利用したい 2 利用したくない <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 都道府県ナースセンターについて 都道府県知事からの指定を受けた看護師等無料職業紹介所です（各都道府県の看護協会が運営）。看護職の就業に関する相談や情報提供、看護職募集をする求人施設への相 </div>										
県外就業地からの移動の有無	1 あり } } 2 なし 卒業した看護師等学校養成所の所在地： ア 県内 イ 県外 <small>※令和5年1月1日～令和6年12月31日の間に県外から福島県内に就業地を移動した場合に「1 あり」を選択。</small>										

歯科技工士業務従事者届

令和6年12月31日現在

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名					
住所	(電話番号)				
歯科技工士名簿登録	番号	厚生労働省・()都道府県 ※()内は都道府県登録の場合のみ記入			
	年月日	令和・平成・昭和 年月日			
業務に従事する 場所	1 歯科技工所		2 病院又は診療所		
	3 歯科技工士学校又は養成所		4 事業所		
	5 その他				
	所在地	(電話番号)			
	名称				
備考					

備考

- 令和6年12月31日現在の状況を記入すること。
- 非常勤等で勤務している者についても届け出ること。ただし、業務に従事していない者については届出を要しない。
- 該当する不動文字又は数字を○で囲むこと。
- 歯科技工士名簿に登録された「年月日」は、現に所有する免許証について交付を受けた年月日を記入すること。なお、紛失などによる再交付又は本籍地変更、改姓などによる書換交付を受けた場合は、その年月日を記入しないように注意すること。
- 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの一つについて記載すること。
- 令和7年1月15日までに就業地を管轄する以下の機関へ提出すること。**
福島市・郡山市・いわき市：各保健所
上記以外の市町村：各保健福祉事務所

歯科衛生士業務従事者届

令和6年12月31日現在

ふりがな					
氏名		性別	男・女	年齢	歳
住所	(電話番号)				
歯科衛生士名簿登録	番号	厚生労働省・()都道府県 ※()内は都道府県登録の場合のみ記入			
	年月日	第	号	令和・平成・昭和	年月日
業務に従事する場所	※1、4の場合は()内から選択すること。				
	1 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)) 2 病院 3 診療所 4 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 居宅介護支援事業所 オ その他) 5 歯科衛生士学校又は養成所 6 事業所 7 その他				
	所在地	(電話番号)			
	名称				
備考					

- 備考
- 令和6年12月31日現在の状況を記入すること。
 - 非常勤等で勤務している者についても届け出ること。ただし、業務に従事していない者については届出を要しない。
 - 該当する不動文字又は数字を○で囲むこと。
 - 歯科衛生士名簿に登録された「年月日」は、現に所有する免許証について交付を受けた年月日を記入すること。
なお、紛失などによる再交付又は本籍地変更、改姓などによる書換交付を受けた場合は、その年月日を記入しないように注意すること。
 - 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの一つについて記載すること。
 - 業務に従事する場所が、会社、工場、福祉施設（介護保険施設等以外）、事務所等である場合は、「6 事業所」に記載すること。
 - 令和7年1月15日までに就業地を管轄する以下の機関へ提出すること。
 福島市・郡山市・いわき市：各保健所
 上記以外の市町村：各保健福祉事務所