

保健師助産師看護師法施行規則第3号様式 **記入例** 表面

保健師助産師看護師法施行規則第3号様式

(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(当該箇所を○で囲む。)に提出すること。

〔東北〕 県中・県南・会津・南会津・相模・福島市・郡山市・いわき市) 保健所

就業地を管轄する保健所名を○で囲む

免許に登録されている氏名及び生年月日

現に居住している住所

保有している免許全てを記入
保有していない免許は斜線で抹消
国免許の場合は都道府県欄を斜線で抹消

主たる業務について1つだけ選択(複数選択不可)

2つ以上の場所で業務に従事している場合は、主たる場所1つについて記入

事業所内に設置された診療所は「8 事業所 ア 事業所内診療所」を選択する

エ 居宅サービス事業所
訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問リハビリテーション事業所、通所介護事業所(デイサービス)、通所リハビリテーション事業所(デイケア)、短期入所生活介護事業所(ショートステイ)、短期入所療養介護事業所(ショートステイ)、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所

名称を省略せず正式名称を記入(株式会社、医療法人、社会福祉法人等の法人名も省略しない)

「1 正規雇用」は施設が直接雇用し、契約期間が限定されていないもの(1及び3に該当しない場合は「2 非正規雇用」を選択)

週40時間程度勤務している場合は非正規雇用でもフルタイム労働者に該当

現在の従事場所での就業年数(運営主体の変更等は通算)

免許取得後1ヶ月以内に看護職等として就業せず、他の業務に従事していた場合や未就業かつ就業の見込みがなかった場合は「ア 新規」に該当しない

表面も回答願います

ふりがな	ふくしま はなこ		性別	生年月日	
氏名	福島 花子		1. 男 2. 女	〇〇年××月△△日 (〇×歳)	
住所	福島 都道府県 福島 市 村 移栗町2番16号 西庁舎722		R 6.12.31時点の年齢		
メールアドレス	hanako_fukushima_00 @ fukushima.xx.co.jp				
免許の種類	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. 昭和三十九年 月 日		
助産師籍	厚生労働省(都道府県)第	号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和三十九年 月 日		
看護師籍	厚生労働省(都道府県)第	号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和三十九年 月 日		
准看護師籍	厚生労働省(都道府県)第	号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和三十九年 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				
※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。					
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(特別養老老人ホーム) エ 居宅サービス事業所 オ 厚労省介護支援事業所 カ その他)					
6 社会福祉施設					
ア 老人福祉施設 介護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)、老人短期入所施設、老人デイサービスセンター、老人福祉センター、老人介護支援センター					
イ 児童福祉施設 保育所、※認定こども園(幼保連携型、保育所型)、児童養護施設、乳児院、知的障害児施設、母子生活支援施設(※「幼稚園」や「幼保連携型、保育所型以外の認定こども園」は「8 事業所 イ その他」)					
ウ その他 有料老人ホーム					
名称	医療法人 東北会 東北クリニック				
所在地	福島 都道府県 福島 市 村				
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(0.8)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				

記入・選択漏れはありませんか？

保健師助産師看護師法施行規則第3号様式 **記入例** 裏面

※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)

特定行為研修の修了の有無 指定研修機関番号

1. 有 2. 無 00000000

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 心臓ドレーン管理関連 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

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

現在勤務している勤務先での就業年数

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) ①1年未満 ②1〜3年未満 ③3〜5年未満 ④5〜10年未満 ⑤10〜15年未満 ⑥15〜20年未満 ⑦20年以上

看護師として勤務した通算年数

1 看護師として就職してから現在までの通算就業年数 ①1年未満 ②1〜3年未満 ③3〜5年未満 ④5〜10年未満 ⑤10〜15年未満 ⑥15〜20年未満 ⑦20年以上

転職・再就業の経験があれば「1 あり」を選択し、右欄1〜9から選択(主なものを1つ)

転職・再就業の際に利用した機関等

1 あり (主なものを1つ選択) 2 なし

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、転職や再就業の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

県外就業地の有無

1 あり 2 なし

※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。

特定行為研修の修了の有無の場合には修了した指定研修機関番号も必須

「特定行為研修修了証」に記載されている指定研修機関番号

「特定行為研修修了証」の「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」欄に記載されている区分名を全て○で囲む

「特定行為研修修了証」の「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」欄に記載されている領域名を全て○で囲む

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で2.無の場合に各欄記入不要

裏面の記載上の注意(令和6年度版)も確認ください。