

各 施 設 長 様

大阪府健康医療部長
(公印省略)

保健師助産師看護師法第 33 条に基づく業務従事者届について (依頼)

日頃は、本府健康医療行政の運営にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。
さて本年は、標記に係る看護職員の業務従事者届の実施年に該当しております。
この届出は、法令に基づく看護職員の義務であるとともに、府内における看護職員の従事状況の把握を目的とするものであり、今後の看護職員確保対策事業等を推進する上で、大変重要な基礎データとなるものです。
つきましては、貴施設に従事する看護職員に対し、標記の届出の励行についてご指導いただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

1 届出義務者

平成 26 年 12 月 31 日現在で就業している保健師、助産師、看護師及び准看護師

【保健師助産師看護師法】

第三十三条 業務に従事する保健師、助産師、看護師又は准看護師は、厚生労働省令で定める二年ごとの年の十二月三十一日現在における氏名、住所その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年一月十五日までに、その就業地の都道府県知事に届け出なければならない。

2 届出書の提出先

就業地を管轄する保健所 (大阪市にあっては各区保健福祉センター、堺市にあっては各保健センター)

※ 各保健所等で集計のうえ、大阪府へ送付することとなっています。

3 届出様式

- 本年 12 月以降、各保健所 (大阪市にあっては各区保健福祉センター、堺市にあっては各保健センター) においてご用意しております。
- ご連絡をいただきましたら、必要部数をお送りさせていただきます。下記問合せ先までお電話ください。
- また大阪府ホームページからの電子媒体による配布も行っております。下記のアドレスよりダウンロードが可能ですので、ご利用ください。
(<http://www.pref.osaka.jp/annai/menkyo/detail.php?recid=2876>)
- なお保健師、助産師、看護師及び准看護師ごとに、届出様式が異なりますので、ご留意願います。

4 届出期限

平成 27 年 1 月 15 日 (木)

【問合せ先】

〒540-8570 (大阪府庁専用郵便番号)
大阪府 健康医療部 保健医療室
保健医療企画課 看護グループ 担当: 大野
TEL: 06-6941-0351 内線 2530
FAX: 06-6944-7546
E-mail: OnoTet@mbox.pref.osaka.lg.jp

保健師助産師看護師法第33条に基づく 業務従事者届についてのお知らせ

保健師、助産師、看護師、准看護師の皆様！

今年（平成26年）は、保健師助産師看護師法による業務従事者届の実施年です。

業務に従事されている保健師、助産師、看護師、准看護師は、法律により、2年ごとに氏名や住所及び就業場所などを届出することが義務付けられています。

またこの届出によって得られたデータは、大阪府の看護職員確保対策を推進する上で、大変貴重な資料となるものです。忘れずに届出てください。

なお届出に関する詳細は、次のとおりです。

1 届出義務者

平成26年12月31日現在で就業している保健師、助産師、看護師及び准看護師

2 届出書の提出先

保健所（大阪市にあっては各区保健福祉センター、堺市にあっては各保健センター）

3 届出様式

- 本年12月以降、各保健所（大阪市にあっては各区保健福祉センター、堺市にあっては各保健センター）において配布しています。
- また大阪府ホームページからの電子媒体による配布も行っております。下記のアドレスよりダウンロードが可能ですので、ご利用ください。

（<http://www.pref.osaka.jp/annai/menkyo/detail.php?recid=2876>）

- なお保健師、助産師、看護師及び准看護師ごとに、届出様式が異なっておりますので、ご注意ください。

4 届出期限

平成27年1月15日（木）



忘れずに届出しましょう(*^_^*)

【問合せ先】

大阪府保健医療室保健医療企画課看護グループ

電話：06（6941）0351

内線：2530

保健師、助産師、看護師、准看護師の資格を有し、平成26年12月31日時点でその資格で業務に従事している方に提出の義務があります。職種ごとに様式が異なりますので、ご注意ください。

保健師業務従事者届(平成26年12月31日現在)

保

| | | | |
|-------------------------|---|---|--|
| ふりがな | かんご はなこ | 提出期限：平成27年1月15日 提出先：業務に従事する場所を管轄する保健所 ※選択する数字がとんでいても印刷ミスではありません | []保健所 |
| 氏名 | 看護 花子 | | 整理番号 1~4 |
| 住所 | 大阪市中央区大手前2丁目1-22 | | 保健所勤務地免許 5 6 7 8 9 10 1 |
| 免許の種類 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| 保健師籍 | 厚生労働省 第 2 0 0 0 0 0 0 号 | 平成 2 0 年 0 4 月 2 6 日 | |
| 助産師籍 | 厚生労働省 第 | 平成 年 月 日 | |
| 看護師籍 | 厚生労働省 第 3 0 0 0 0 0 0 号 | 平成 2 0 年 0 4 月 2 6 日 | |
| 准看護師籍 | 第 | 平成 年 月 日 | |
| 性別 | 1 男 2 女 | 生年月日 | 満 34 歳 (平成26年12月31日現在) |
| I 業務場所の区分 | 【業務場所】 (10) 病院 (20) 有床診療所 (21) 無床診療所 (助産所) (31) 助産所の従事者 (訪問看護ステーション) (40) 訪問看護ステーション管理者 (41) 訪問看護ステーション従事者 (介護保険施設等) (50) 介護老人保健施設 (51) 指定介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム (52) 居宅サービス事業所 (53) 居宅介護支援事業所 (社会福祉施設) (60) 老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く) (61) 児童福祉施設 (62) その他の社会福祉施設 (保健所又は市町村) (70) 保健所 (71) 市町村 (事業所) (80) 事業所 (看護師等学校・養成所又は研究機関) (90) 看護師等学校・養成所又は研究機関 (その他) (99) その他 ※二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入して下さい。 | 【業務場所区分】 《(52)居宅サービス事業所に従事している場合》 (01) 訪問介護 (02) 訪問入浴介護 (03) 訪問リハビリテーション (04) 居宅療養管理指導 (05) 通所介護 (06) 通所リハビリテーション (07) 短期入所療養介護 (08) 短期入所生活介護 (09) 特定施設入居者生活支援 (10) 福祉用具貸与 (11) 特定福祉用具販売 (12) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (13) 夜間対応型訪問介護 (14) 認知症対応型通所介護 (15) 小規模多機能型居宅介護 (16) 認知症対応型共同生活介護 (17) 地域密着型特定施設入居者生活介護 (18) 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (19) 複合型サービス 《(60)老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く)に従事している場合》 (20) 養護老人ホーム (21) 軽費老人ホーム (22) 老人福祉センター 《(62)その他の社会福祉施設に従事している場合》 (23) 児童福祉事業 (24) 身体障害者福祉施設・事業 (25) 知的障害者福祉施設・事業 (26) 精神障害者福祉施設・事業 (27) 母子寡婦福祉施設・事業 (28) 婦人保護施設 (29) 救護施設等 (30) 無料定額宿泊所等 (31) その他の社会福祉施設等 ※左記【業務場所】で、(52)居宅サービス事業所、(60)老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く)、(62)その他の社会福祉施設以外を選択された方は、「00」と記入して下さい。 | |
| *所在地、名称(Tel)も必ず記入して下さい。 | 所在地 大阪市中央区〇〇△丁目△-△△ | 名称 〇〇保健所 | TEL 06-3333-3333 |
| II 従事期間等 | 【従事期間】 (10) 従事期間1年未満 (20) 従事期間1年以上2年未満 (30) 従事期間2年以上 | 【従事開始理由】 《従事期間1年未満の場合》 (11) 再就業 (12) 転職 (13) その他 《従事期間1年以上2年未満の場合》 (21) 再就業 (22) 転職 (23) その他 ※左記【従事期間】で、(30)従事期間2年以上を選択された方は、「00」と記入して下さい。 | |
| III 雇用形態 | (11) 正規職員 (12) 非常勤職員等(11又は13に該当しない者) (13) 派遣(紹介予定派遣含む) | 27 28 1 1 | |
| IV 常勤換算(裏面参照) | (91) 常勤 (92) 短時間労働者 ※上記「III雇用形態」で、(11)正規職員と回答された方は「91」と記入して下さい。 | 29 30 9 1 | |
| V 取得免許 | (2) 助産師免許 (3) 看護師免許 (4) 准看護師免許 | 33 34 35 3 0 0 | ※看護師免許以外で取得免許がある方は、左詰めで該当の番号を記入し、それ以外の空欄には「0」を記入して下さい。 |

現在の居所を記入

業務場所の番号を選択し、記入。二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入すること。

「III 雇用形態」で(11)を選択した場合は「91」と記入。

複数の免許(資格)を有する場合は、主たる業務以外の免許(資格)の番号を左詰めで記入し、それ以外の空欄には「0」を記入すること。

⇒ 保健所で記入。

⇒ 取得している保健師、助産師、看護師、准看護師免許の登録内容を全て記入。

※ 登録番号・登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。(問合せにはお答えできません。)

⇒ 【業務場所】が、(52)、(60)、(62)の場合 → 該当する番号を選択し、記入。
・その他の番号の場合 → 「00」と記入。

⇒ 【従事期間】が、(10)の場合 → (11)~(13)から選択。
(20)の場合 → (21)~(23)から選択。
(30)の場合 → 「00」と記入。

⇒ 左記で(92)を選択した場合のみ、裏面の計算例を参照の上、常勤換算した数値を記入すること。

例) 保健師免許以外に看護師免許を有している場合、「300」と記入。

※必ず全ての項目を記入してください。ただし、免許の登録番号及び登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。(登録番号及び登録年月日に関する問合せにはお答えできません。)

保健師、助産師、看護師、准看護師の資格を有し、平成26年12月31日時点でその資格で業務に従事している方に提出の義務があります。職種ごとに様式が異なりますので、ご注意ください。

助産師業務従事者届(平成26年12月31日現在)

助

| | | | | | | |
|---|---|------|---|---------|---------|---------------------------|
| ふりがな | かんご はなこ | | 提出期限：平成27年1月15日 提出先：業務に従事する場所を管轄する保健所 ※選択する数字がとんでいても印刷ミスではありません | | []保健所 | |
| 氏名 | 看護 花子 | | | | 整理番号 | 保健所勤務地免許 |
| | | | | | 1~4 | 5 6 7 8 9 10 |
| 住所 | 大阪市中央区大手前2丁目1-22 | | | | 2 | |
| 現在の居所を記入 ⇒ | | | | | | |
| ⇒ 取得している保健師、助産師、看護師、准看護師免許の登録内容を全て記入。 | | | | | | |
| ※ 登録番号・登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。(問合せにはお答えできません。) | | | | | | |
| 免許の種類 | 登録番号 | | 登録年月日 | | | |
| 保健師籍 | 厚生労働省 | 第 | | | | |
| 助産師籍 | 厚生労働省 | 第 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師籍 | 厚生労働省 | 第 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 准看護師籍 | | 第 | | | | |
| 性別 | 1 男 2 女 | 生年月日 | 12 1 平成 2 昭和 3 大正 | 13 5 | 14 5 | 15 0 |
| | | | 16 2 | 17 0 | 18 2 | 満 34 歳 (平成26年12月31日現在) |
| I 業務場所の区分 | 【業務場所】 | | 【業務場所区分】 | | | |
| | (10) 病院 (21) 無床診療所 (20) 有床診療所 (31) 助産所の従事者 (30) 助産所の開設者 (32) 助産所の出張のみによる者 (40) 訪問看護ステーション管理者 (41) 訪問看護ステーション従事者 (61) 児童福祉施設 (62) その他の社会福祉施設 (70) 保健所 (71) 市町村 (80) 事業所 (90) 看護師等学校・養成所又は研究機関 (99) その他 ※二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入して下さい。 | | <<(62)その他の社会福祉施設に従事している場合>> (23) 児童福祉事業 (24) 身体障害者福祉施設・事業 (25) 知的障害者福祉施設・事業 (26) 精神障害者福祉施設・事業 (27) 母子寡婦福祉施設・事業 (28) 婦人保護施設 (29) 救護施設等 (30) 無料定額宿泊所等 (31) その他の社会福祉施設等 ※左記【業務場所】で、(62) その他の社会福祉施設以外を選択された方は、「00」と記入して下さい。 | | | |
| | (記入例) 【業務場所】 (10) 病院の場合 19 20 1 0 | | 21 22 0 0 | | | |
| *所在地、名称(TEL)も必ず記入して下さい。 | 所在地 大阪市中央区〇〇△丁目△-△△ | | 名称 〇〇助産所 TEL. 06-2222-2222 | | | |
| II 従事期間等 | 【従事期間】 | | 【従事開始理由】 | | | |
| | (10) 従事期間1年未満 (20) 従事期間1年以上2年未満 (30) 従事期間2年以上 23 24 3 0 | | <<従事期間1年未満の場合>> (11) 再就業 (12) 転職 (13) その他 <<従事期間1年以上2年未満の場合>> (21) 再就業 (22) 転職 (23) その他 25 26 0 0 ※左記【従事期間】で、(30) 従事期間2年以上を選択された方は、「00」と記入して下さい。 | | | |
| III 雇用形態 | (11) 正規職員 (12) 非常勤職員等(11又は13に該当しない者) (13) 派遣(紹介予定派遣含む) | | 27 28 1 1 | | | |
| IV 常勤換算(裏面参照) | (91) 常勤 (92) 短時間労働者 | | 「(92) 短時間労働者」を選択された方のみお答え下さい。 29 30 9 1 ※上記「III雇用形態」で、「(11)正規職員」と回答された方は「91」と記入して下さい。 31 32 0 人 ※常勤換算した数値(裏面の計算例参照)を記入して下さい。 | | | |
| V 取得免許 | (1) 保健師免許 (3) 看護師免許 (4) 准看護師免許 | | 33 34 35 3 0 0 ※助産師免許以外で取得免許がある方は、左詰めで該当の番号を記入し、それ以外の空欄には「0」を記入して下さい。 | | | |

現在の居所を記入 ⇒

業務場所の番号を選択し、記入。二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入すること。

「III 雇用形態」で(11)を選択した場合は「91」と記入。

複数の免許(資格)を有する場合、主たる業務以外の免許(資格)の番号を左詰めで記入し、それ以外の空欄には「0」を記入すること。

【記入上の注意事項】

- 保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許のうち二つ以上をお持ちの方は、ただし、免許の種類は、所有する全ての免許について記入して下さい。
 - 該当する文字又は数字を○で囲む、もしくは番号、数字を空欄に記入して下さい。
- *その他、各項目に対する注意事項については、裏面を参照して下さい。

例) 助産師免許以外に看護師免許を有している場合、「300」と記入。

※必ず全ての項目を記入してください。ただし、免許の登録番号及び登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。(登録番号及び登録年月日に関する問合せにはお答えできません。)

保健師、助産師、看護師、准看護師の資格を有し、平成26年12月31日時点でその資格で業務に従事している方に提出の義務があります。職種ごとに様式が異なりますので、ご注意ください。

看護師業務従事者届(平成26年12月31日現在)

看

現在の居所を記入

| | | | | | |
|-------------------------|--|-------------------|---|-------------|-------------------------------|
| ふりがな | かんご はなこ | | 提出期限：平成27年1月15日 提出先：業務に従事する場所を管轄する保健所 ※選択する数字がとんでいても印刷ミスではありません | []保健所 | |
| 氏名 | 看護 花子 | | | 整理番号 1~4 | 保健所勤務地免許 5 6 7 8 9 10 3 |
| 住所 | 大阪市中央区大手前2丁目1-22 | | | | |
| 免許の種類 | 登録番号 | | 登録年月日 | | |
| 保健師籍 | 厚生労働省 | 第 [] 号 | 1 平成 2 昭和 | [] 年 | [] 月 [] 日 |
| 助産師籍 | 厚生労働省 | 第 [] 号 | 1 平成 2 昭和 3 大正 | [] 年 | [] 月 [] 日 |
| 看護師籍 | 厚生労働省 | 第 1 0 0 0 0 0 0 号 | 1 平成 2 昭和 | 2 0 年 | 0 4 月 2 6 日 |
| 准看護師籍 | 大阪 | 第 0 0 7 0 0 0 0 号 | 1 平成 2 昭和 | 1 4 年 | 0 3 月 3 1 日 |
| 性別 | 1 男 2 女 | 生年月日 | 1 平成 2 昭和 3 大正 | 5 5 年 | 0 3 月 0 3 日 |
| | | | | 満 | 34 歳 |
| | | | | | (平成26年12月31日現在) |
| I 業務場所の区分 | 【業務場所】 | | 【業務場所区分】 | | |
| | (病院) (10) 病院 (21) 無床診療所 (診療所) (20) 有床診療所 (助産所) (31) 助産所の従事者 (訪問看護ステーション) (40) 訪問看護ステーション管理者 (41) 訪問看護ステーション従事者 (介護保険施設等) (50) 介護老人保健施設 (51) 指定介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム (52) 在宅サービス事業所 (53) 在宅介護支援事業所 (社会福祉施設) (60) 老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く) (61) 児童福祉施設 (62) その他の社会福祉施設 (保健所又は市町村) (70) 保健所 (71) 市町村 (事業所) (80) 事業所 (看護師等学校・養成所又は研究機関) (90) 看護師等学校・養成所又は研究機関 (その他) (99) その他 ※二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入して下さい。 | | (52) 居宅サービス事業所に従事している場合 (01) 訪問介護 (02) 訪問入浴介護 (03) 訪問リハビリテーション (04) 在宅療養管理指導 (05) 通所介護 (06) 通所リハビリテーション (07) 短期入所療養介護 (08) 短期入所生活介護 (09) 特定施設入居者生活支援 (10) 福祉用具貸与 (11) 特定福祉用具販売 (12) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (13) 夜間対応型訪問介護 (14) 認知症対応型通所介護 (15) 小規模多機能型居宅介護 (16) 認知症対応型共同生活介護 (17) 地域密着型特定施設入居者生活介護 (18) 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (19) 複合型サービス (60) 老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く)に従事している場合 (20) 養護老人ホーム (21) 軽費老人ホーム (22) 老人福祉センター (62) その他の社会福祉施設に従事している場合 (23) 児童福祉事業 (24) 身体障害者福祉施設・事業 (25) 知的障害者福祉施設・事業 (26) 精神障害者福祉施設・事業 (27) 母子寡婦福祉施設・事業 (28) 婦人保護施設 (29) 救護施設等 (30) 無料定額宿泊所等 (31) その他の社会福祉施設等 ※左記【業務場所】で、(52) 居宅サービス事業所、(60) 老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く)、(62) その他の社会福祉施設以外を選択された方は、「00」と記入して下さい。 | | |
| | (記入例) 【業務場所】 (10) 病院の場合 19 20 1 0 | | 21 22 0 0 | | |
| *所在地、名称(Tel)も必ず記入して下さい。 | 所在地 | | 名称 | | |
| | 大阪市中央区〇〇△丁目△-△△ | | 〇〇病院 TEL. 06-1111-1111 | | |
| II 従事期間等 | 【従事期間】 | | 【従事開始理由】 | | |
| | (10) 従事期間1年未満 (20) 従事期間1年以上2年未満 (30) 従事期間2年以上 23 24 3 0 | | (11) 再就業 (12) 転職 (13) その他 (21) 再就業 (22) 転職 (23) その他 25 26 0 0 ※左記【従事期間】で、(30) 従事期間2年以上を選択された方は、「00」と記入して下さい。 | | |
| III 雇用形態 | (11) 正規職員 (12) 非常勤職員等(11又は13に該当しない者) (13) 派遣(紹介予定派遣含む) | | 27 28 1 1 | | |
| IV 常勤換算(裏面参照) | (91) 常勤 (92) 短時間労働者 | | (92) 短時間労働者を選択された方のみお答え下さい。 29 30 9 1 ※上記「III雇用形態」で、(11)正規職員と回答された方は「91」と記入して下さい。 31 32 0 人 ※常勤換算した数値(裏面の計算例参照)を記入して下さい。 | | |
| V 取得免許 | (1) 保健師免許 (33) 34 35 (2) 助産師免許 (4) 准看護師免許 4 0 0 | | ※看護師免許以外で取得免許がある方は、左詰めで該当の番号を記入し、それ以外の空欄には「0」を記入して下さい。 | | |

業務場所の番号を選択し、記入。二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入すること。

取得している保健師、助産師、看護師、准看護師免許の登録内容を全て記入。

登録番号・登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。(問合せにはお答えできません。)

【業務場所】が、(52)、(60)、(62)の場合 → 該当する番号を選択し、記入。その他の番号の場合 → 「00」と記入。

【従事期間】が (10)の場合 → (11)～(13)から選択。
(20)の場合 → (21)～(23)から選択。
(30)の場合 → 「00」と記入。

「III 雇用形態」で(11)を選択した場合は「91」と記入。

左記で(92)を選択した場合のみ、裏面の計算例を参照の上、常勤換算した数値を記入すること。

複数の免許(資格)を有する場合、主たる業務以外の免許(資格)の番号を左詰めで記入し、それ以外の空欄には「0」を記入すること。

例) 看護師免許以外に准看護師免許を有している場合、「400」と記入して下さい。

※必ず全ての項目を記入してください。ただし、免許の登録番号及び登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。(登録番号及び登録年月日に関する問合せにはお答えできません。)

保健師、助産師、看護師、准看護師の資格を有し、平成26年12月31日時点でその資格で業務に従事している方に提出の義務があります。職種ごとに様式が異なりますので、ご注意ください。

准看護師業務従事者届(平成26年12月31日現在)

准

現在の居所を記入

| | | | |
|------|------------------|---|-------------------------------|
| ふりがな | かんご はなこ | 提出期限：平成27年1月15日 提出先：業務に従事する場所を管轄する保健所 ※選択する数字がとんでいても印刷ミスではありません | []保健所 |
| 氏名 | 看護 花子 | | 整理番号 1~4 |
| 住所 | 大阪市中央区大手前2丁目1-22 | | 保健所勤務地免許 5 6 7 8 9 10 4 |

⇒ 保健所で記入。

業務場所の番号を選択し、記入。二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入すること。

| 免許の種類 | 登録番号 | 登録年月日 |
|--|------|----------------|
| 保健師籍 厚生労働省 第 号 1 平成 年 月 日 2 昭 和 年 月 日 | | |
| 助産師籍 厚生労働省 第 号 1 平成 年 月 日 2 昭 和 年 月 日 3 大 正 年 月 日 | | |
| 看護師籍 厚生労働省 第 号 1 平成 年 月 日 2 昭 和 年 月 日 3 大 正 年 月 日 | | |
| 准看護師籍 大阪 第 00800000 号 1 平成 年 月 日 2 昭 和 年 月 日 | | 24 年 04 月 25 日 |

⇒ 取得している保健師、助産師、看護師、准看護師免許の登録内容を全て記入。

※ 登録番号・登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。(問合せにはお答えできません。)

| | | | | | |
|-----------|---|---|--|-------------------|---------------------------|
| 性別 | 1 男 2 女 | 生年月日 | 1 平成 年 月 日 2 昭 和 年 月 日 3 大 正 年 月 日 | 5 5 年 0 4 月 0 4 日 | 満 34 歳 (平成26年12月31日現在) |
| I 業務場所の区分 | <p>【業務場所】</p> <p>(10) 病院 (11) 診療所 (12) 有床診療所 (21) 無床診療所 (22) 助産所 (31) 助産所の従事者 (41) 訪問看護ステーション (42) 訪問看護ステーション管理者 (43) 訪問看護ステーション従事者 (51) 介護老人保健施設 (52) 指定介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム (53) 居宅サービス事業所 (54) 居宅介護支援事業所 (61) 老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く) (62) 児童福祉施設 (62) その他の社会福祉施設 (71) 保健所 (71) 市町村 (81) 事業所 (91) 看護師等学校・養成所又は研究機関 (92) 看護師等学校・養成所又は研究機関 (99) その他</p> <p>※ 二つ以上の場所で従事している場合は、その主たるものを記入して下さい。</p> | <p>【業務場所区分】</p> <p>《(52) 居宅サービス事業所に従事している場合》 (01) 訪問介護 (02) 訪問入浴介護 (03) 訪問リハビリテーション (04) 居宅療養管理指導 (05) 通所介護 (06) 通所リハビリテーション (07) 短期入所療養介護 (08) 短期入所生活介護 (09) 特定施設入居者生活支援 (10) 福祉用具貸与 (11) 特定福祉用具販売 (12) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (13) 夜間対応型訪問介護 (14) 認知症対応型通所介護 (15) 小規模多機能型居宅介護 (16) 認知症対応型共同生活介護 (17) 地域密着型特定施設入居者生活介護 (18) 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (19) 複合型サービス 《(60) 老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く)に従事している場合》 (20) 養護老人ホーム (21) 軽費老人ホーム (22) 老人福祉センター 《(62) その他の社会福祉施設に従事している場合》 (23) 児童福祉事業 (24) 身体障害者福祉施設・事業 (25) 知的障害者福祉施設・事業 (26) 精神障害者福祉施設・事業 (27) 母子寡婦福祉施設・事業 (28) 婦人保護施設 (29) 救護施設等 (30) 無料定額宿泊所等 (31) その他の社会福祉施設等</p> <p>※ 左記【業務場所】で、(52) 居宅サービス事業所、(60) 老人福祉施設(特別養護老人ホームを除く)、(62) その他の社会福祉施設以外を選択された方は、「00」と記入して下さい。</p> | | | |

⇒ 【業務場所】が、(52)、(60)、(62)の場合 → 該当する番号を選択し、記入。その他の番号の場合 → 「00」と記入。

「III 雇用形態」で(11)を選択した場合は「91」と記入。

| | | |
|----------|--|---|
| II 従事期間等 | <p>【従事期間】</p> <p>(10) 従事期間1年未満 (20) 従事期間1年以上2年未満 (30) 従事期間2年以上</p> | <p>【従事開始理由】</p> <p>《従事期間1年未満の場合》 (11) 再就業 (12) 転職 (13) その他 《従事期間1年以上2年未満の場合》 (21) 再就業 (22) 転職 (23) その他</p> <p>※ 左記【従事期間】で、(30) 従事期間2年以上を選択された方は、「00」と記入して下さい。</p> |
| III 雇用形態 | <p>(11) 正規職員 (12) 非常勤職員等(11又は13に該当しない者) (13) 派遣(紹介予定派遣含む)</p> | <p>27 28 1 2</p> |

⇒ 【従事期間】が(10)の場合 → (11)~(13)から選択。
⇒ (20)の場合 → (21)~(23)から選択。
⇒ (30)の場合 → 「00」と記入。

複数の免許(資格)を有する場合は、主たる業務以外の免許(資格)の番号を左詰めで記入し、それ以外の空欄には「0」を記入すること。

| | | |
|---------------|---|---|
| IV 常勤換算(裏面参照) | <p>(91) 常勤 (92) 短時間労働者</p> <p>29 30 9 2</p> <p>※ 上記「III 雇用形態」で、(11) 正規職員と回答された方は「91」と記入して下さい。</p> | <p>⇒</p> <p>「(92) 短時間労働者」を選択された方のみお答え下さい。</p> <p>31 32 0 5 人</p> <p>※ 常勤換算した数値(裏面の計算例参照)を記入して下さい。</p> |
| V 取得免許 | <p>(1) 保健師免許 (33) (34) (35) (2) 助産師免許 (3) 看護師免許</p> <p>0 0 0</p> <p>※ 看護師免許以外で取得免許がある方は、左詰めで該当の番号を記入し、それ以外の空欄には「0」を記入して下さい。</p> | |

⇒ 左記で(92)を選択した場合のみ、裏面の計算例を参照の上、常勤換算した数値を記入すること。

【記入上の注意事項】
① 保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許のうち二つ以上をお持ちの方は、その主たる業務のみについて届け出て下さい。ただし、免許の種類は、所有する全ての免許について記入して下さい。
② 該当する文字又は数字を○で囲む、もしくは番号、数字を空欄に記入して下さい。
* その他、各項目に対する注意事項については、裏面を参照して下さい。

※必ず全ての項目を記入してください。
ただし、免許の登録番号及び登録年月日については、分からない場合は空欄でも結構です。
(登録番号及び登録年月日に関する問合せにはお答えできません。)