

( 保健師、助産師、看護師、准看護師 ) 業務従事者届



( 令和4年12月31日現在 )

千葉県

※処理区分	業務種別コード	保健所コード	※	整理番号
1	2	3	4	5
1				9

ふりがな	性別	10	1 男 2 女	生年月日	11	年	12	月	17	日
氏名					T:大正 S:昭和 H:平成					
現住所									年齢	歳
										12/31時点満年齢

免 許 の 種 別	保健師籍	登録先 (以下のいずれかに☑)				登録都道府県名				
		☐ 厚生労働省 ☐ 都道府県(昭和26年8月31日以前発行の場合) →				都道府県				
	登録番号※右詰めで記載				登録年月日					
	18	24	25	26	年	月	日			
										S : 昭和 H : 平成 R : 令和
助産師籍	登録先 (以下のいずれかに☑)				登録都道府県名					
	☐ 厚生労働省 ☐ 都道府県(昭和26年8月31日以前発行の場合) →				都道府県					
登録番号※右詰めで記載				登録年月日						
32	38	39	40	年	月	日				
										S : 昭和 H : 平成 R : 令和
看護師籍	登録先 (以下のいずれかに☑)				登録都道府県名					
	☐ 厚生労働省 ☐ 都道府県(昭和26年8月31日以前発行の場合) →				都道府県					
登録番号※右詰めで記載				登録年月日						
46	52	53	54	年	月	日				
										S : 昭和 H : 平成 R : 令和
准看護師籍	登録都道府県名	都道府県コード	茨城県の場合は発行保健所名を記載							
	都道府県	60	保健所							
登録番号※右詰めで記載(関西広域連合発行免許のみ9桁)				登録年月日						
62	70	71	72	年	月	日				
										S : 昭和 H : 平成 R : 令和

業 務 に 従 事 す る 場 所	従事場所コード	78	79	※従事場所コードは別紙コード表を参照のうえ記入	名称			
	所在地	TEL( - - )			市町村コード	80	82	
	雇用形態	83	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	84	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 小数点第1位を計算して右に記入(記入例参照) →			常勤換算数	85	人
	従事期間等	87	1 1年未満 (新規) 2 1年未満 (再就業) 3 1年未満 (転職) 4 1年未満 (その他) 5 1年以上2年未満 (新規) 6 1年以上2年未満 (再就業) 7 1年以上2年未満 (転職) 8 1年以上2年未満 (その他) 9 2年以上					

特 定 行 為 研 修 の 修 了 状 況	特定行為研修修了の有無	88	1 有 2 無	指定研修機関番号
	修了した特定行為区分	89~	上記「1 有」の場合は、下記より修了した区分及び領域別パッケージ全てに○を付ける	
	修了した領域別パッケージ研修	22 在宅・慢性期領域 23 外科術後冒頭管理領域 24 術中麻酔管理領域	25 創傷管理関連 26 外科系基本領域 27 集中治療領域	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

\* 令和5年1月16日までに、業務従事場所を管轄する健康福祉センター(保健所)へ提出してください。