

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日時点)

太枠内(矢印先の枠内を含む)はもれなく記入してください、回答方法については、裏面の注意書きを確認の上記入してください。

ふりがな	しずおか はなこ	性別	1. 男 2. 女
氏名	静岡 花子	生年	1. 令和 2. 平成 3. 昭和 4. 西暦
住所	静岡県 都道府県	月日	4 0 年 0 9 月 1 4 日 (5 7 歳)

※左の回答項目を転記

性別	1 2	年齢	5 7
住所の県コード	1	1	
住所の市町区コード	1	1	0

※県・市町区コードは裏面参照

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 1 2 3 4 5 6 7 号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和 0 3 年 0 3 月 1 4 日
助産師籍	厚生労働省 < 都道府県 > 第 1 2 3 4 5 6 7 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 2 3 4 5 6 7 8 号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和 1 年 0 3 月 1 4 日
准看護師籍	[ 静岡県 都道府県 ] の免許を保有 第 3 4 5 6 7 8 9 号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和 6 0 年 0 3 月 1 4 日

免許所有の有無	
保健師	有 ・ 無
助産師	有 ・ 無
看護師	有 ・ 無
准看護師	有 ・ 無

主たる業務を1つ選択	1. 保健師業務 2. 助産師業務 3. 看護師業務
就業場所について ※内訳がある場合はさらに選択が必要	1. 病院 → (ア. 一般・結核・感染症 イ. 精神 ウ. 療養) 2. 診療所 → (ア. 有床 イ. 無床) 3. 助産所 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 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、県又は市町村 → (ア. 保健所 イ. 県 (アを除く) ウ. 市町村 (アを除く)) 8. 事業所 9. 看護師等学校養成所又は研究機関 10. その他
施設所在地	静岡県 ○○市××町○丁目○番○号
施設電話番号	(○○) ○○○-○○○
施設名称	○○保健所
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 → 常勤換算すると [ 0. 4 ] 人 ※「契約労働時間/週」÷「所定労働時間/週」で算出 (例)週16時間勤務、所定労働時間が週40時間:16÷40=0.4人 ※有休・産休中の場合「0.0」と記入すること。
従事期間等	1. 従事期間1年未満 → 従事開始の理由を選択:(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 → 従事開始の理由を選択:(ア. 新規 イ. 再就業 ウ. 転職 エ. その他) 3. 従事期間2年以上

業務	1 2 3
従事場所	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
従事場所	1 2 3 ア イ ウ エ オ カ

※市町区コードは裏面参照

特定行為研修の修了の有無	1. 有 2. 無
指定研修機関番号【特定行為研修を修了した方のみ回答】	○○○○○○
修了した特定行為区分を全て選択【特定行為研修を修了した方のみ回答】	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を全て選択【領域別パッケージ研修を修了した方のみ回答】	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

研修	1 2
特定行為区分	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
領域	1 2 3 4 5 6

※複数選択可

※以下、県独自設定項目

認定看護師の資格の有無	1. 無 2. 有 (A課程認定看護師教育機関で資格を取得) 3. 有 (B課程認定看護師教育機関で資格を取得)
【A課程を修了した方のみ回答】認定された看護分野を選択してください。 ※複数資格のある方は現在主に従事している分野を選択	1. 救急看護 2. 集中ケア 3. 緩和ケア 4. がん性疼痛看護 5. がん化学療法看護 6. 訪問看護 7. 不妊症看護 8. 透析看護 9. 摂食・嚥下障害看護 10. 小児救急看護 11. 脳卒中リハビリテーション看護 12. 慢性呼吸器疾患看護 13. 慢性心不全看護 14. 皮膚・排泄ケア 15. 感染管理 16. 糖尿病看護 17. 新生児集中ケア 18. 手術看護 19. 乳がん看護 20. 認知症看護 21. がん放射線療法看護
【B課程を修了した方のみ回答】認定された看護分野を選択してください。 ※複数資格のある方は現在主に従事している分野を選択	1. クリティカルケア 2. 緩和ケア 3. がん薬物療法看護 4. 在宅ケア 5. 生殖看護 6. 腎不全看護 7. 摂食嚥下障害看護 8. 小児プライマリケア 9. 脳卒中看護 10. 呼吸器疾患看護 11. 心不全看護 12. 皮膚・排泄ケア 13. 感染管理 14. 糖尿病看護 15. 新生児集中ケア 16. 手術看護 17. 乳がん看護 18. 認知症看護 19. がん放射線療法看護

認定	1 2 3
A課程認定看護分野	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
B課程認定看護分野	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
専門	1 2

専門看護師の資格の有無	【専門看護師の資格所有者のみ回答】専門看護分野を選択してください。
1. 無 2. 有	1. がん看護 2. 精神看護 3. 地域看護 4. 老人看護 5. 小児看護 6. 母性看護 7. 慢性疾患看護 8. 急性・重症患者看護 9. 感染症看護 10. 家族支援 11. 在宅看護 12. 遠伝看護 13. 災害看護 14. 放射線看護

専門看護分野	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
--------	-------------------------------------

診療看護師(NP)の資格の有無	1. 無 2. 有
-----------------	-----------

NP	1 2
----	-----