保健師・助産師・看護師・准看護師業務従事者届（令和8年12月31日現在）

【記入例】

該当する文字又は数字を○で囲み、□の中には数字を必ず記入すること。

年次　令和8年

(1) フリガナ	カンゴ　ハナコ	旧姓（任意）	従事者届施設コード（保健所記入欄）
(2) 氏名	看護　花子		
(3) 住所	〒780－8570　高知市丸ノ内１丁目２番２０号		
メールアドレス（任意）	hanako123456789 ＠ kango.mail.jp		

姓と名の間は1マス空けて、左端から記入。濁点・半濁点は、1マス使用。

職場ではなく、個人のメールアドレス

令和8年12月31日時点の満年齢

(4) 性別	1. 男 2. 女	(5) 生年月日	1. 平成 2. 昭和 3. 大正	6 3 年 9 月 1 7 日（３８）歳

(6)免許の種別	登録	登録年月日
1. 保健師籍	（　　）都・道・府・県 第　　号	・令和 ・平成 ・昭和　年　月　日
2. 助産師籍	（　　）都・道・府・県 第　　号	・令和 ・平成 ・昭和　年　月　日
3. 看護師籍	厚生労働省（　　）都・道・府・県 第 9 9 9 9 9 9 号	・令和 ・平成 ・昭和 2 7 年 3 月 3 1 日
4. 准看護師籍	（高知）都・道・府・県 第 1 2 3 4 5 号	・令和 ・平成 ・昭和 2 7 年 3 月 2 0 日

複数の免許を有する場合は、それぞれの免許項目に記入。（准看護師免許を有する場合も必ず全てを記入）

「厚生労働省」を○で囲む。

旧規則による保健婦、助産婦、看護婦であって、厚生労働大臣が免状を交付した者でない者は、都道府県名を記入すること。

右詰めで記入

(7) 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

調査時点の主たる業務を1つだけ選択

(8) 業務に従事する場所

従事する場所の番号を太線の枠内に記入してください。
（二箇所以上の場所を兼務している場合は主たる場所の番号を記入してください。）

○ 病院　【01】
○ 診療所（【02】有床　【03】無床）
○ 助産所（分娩の取り扱いあり）（【04】開設者　【05】従事者　【06】出張のみによる者）
○ 助産所（分娩の取り扱いなし）（【07】開設者　【08】従事者　【09】出張のみによる者）
○ 訪問看護ステーション（【10】管理者　【11】従事者）
○ 介護保険施設等　【12】介護老人保健施設　【13】介護医療院　【14】指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）　【15】居宅サービス事業所　【16】居宅介護支援事業所　【17】その他）
○ 社会福祉施設（【18】老人福祉施設　【19】児童福祉施設　【20】その他）
○ 保健所、都道府県又は市町村（【21】保健所　【22】都道府県（【21】を除く）　【23】市町村（【21】を除く））
○ 事業所（【24】事業所内診療所　【25】その他）
○ 看護師等学校養成所又は研究機関【26】
○ その他【27】

【01】～【27】のうち主たる従事場所の番号を1つ記入（従事場所が2か所以上の者は、もっとも多い場所を記入）

従事する場所：0 1

所在地	高知市こうち町１－１　電話番号（088 － 123 － 4567）
事業所名	こうち病院
雇用形態	1. 正規雇用　2. 非正規雇用（1又は3に該当しな
常勤換算	1. フルタイム労働者　2. 短時間労働者（０．4）人　※記入方法参照

「2. 短時間労働者」の場合、常勤換算をし、小数点以下第1位の数字を記入。（※記入方法参照）

従事期間等		
○ 従事期間1年未満	従事開始の理由（1. 免許取得後　2. 再就業　3. 転職　4. その他）
○ 従事期間1年以上2年未満	従事開始の理由（5. 免許取得後　6. 再就業　7. 転職　8. その他）
○ 従事期間2年以上	9 従事年数→ 0 5 年　※1年未満の期間は切り捨て

1～9の該当する番号を1つ○で囲む。
9の「従事期間2年以上」を選択した場合は、従事年数も記入する。
「転職」は、現就業先への就職前に、看護職として勤務していない期間が1年未満の場合に選択し、当該期間が1年以上なら「再就業」を選択する。
「免許取得後」は、免許取得後、最初の就業先にいる者。

(9) 前回届出（令和7年1月）以降の勤務状況

1. 前回（令和7年1月）の届出は、高知県で行った。
2. 前回（令和7年1月）の届出は、他の都道府県で行った。
3. 前回（令和7年1月）の届出は、高知県でも他の都道府県でも行っていない。
（今回が初めての届出、前々回は届出たが前回は届出なかった。）

前回届出以降の状況：1

(10)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 (以下の(10-1)及び(10-2)内で修了した研修の有無)	指定研修機関番号
※ 保健師助産師看護師法(以下「法」という。)第37条の2第2項第…	1. 有　2. 無	1234567

特定行為研修(領域別パッケージ研修)の修了者には必ず、指定研修機関から「特定行為研修修了証」が交付されています。
12月31日現在で、「特定行為研修修了証」が交付されていない場合(現に受講中又は受講した者であっても、まだ「特定行為研修修了証」が交付されていない場合も含む。)は「2. 無」を○で囲むこと。
(「2. 無」の場合、記入項目ここで終了。)

指定研修機関から交付された「特定行為研修修了証」に記載されている指定医療機関番号を記入。

(10-1) 修了した特定行為区分 (修了した特定行為区分…

…証」の「修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称」の欄に記載されている特…

…るもの)関連	…に係るもの)関連	…に係るもの)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(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.…管理関連	…び水分管理に係る薬剤投与関連	16.感染に係る…関連	17.血糖コントロールに…関連	18.術後…	19.循環動…	20.精神及び神…る薬…	21.皮膚損傷に係る薬剤投与関連	
○											

指定研修機関から交付された「特定行為研修修了証」に記載されている全ての特定行為区分の名称欄に○を入れる。

指定研修機関から交付された「特定行為研修修了証」に記載されている全ての領域別パッケージ研修の欄に○を入れる。

(10-2) 修了した領域別パッケージ研修 (修了した特定行為区分名の下欄に○を記入)

…ら交付された「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」の欄に記載されている全ての領域別パッケージ研修の領域に全て○を入れること。単に、領域別パッケージ研修に含まれる特定行為区分全ての研修を修了…ではなく、「特定行為研修修了証」に記載されている領域について○を入れること。

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
	○				