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）

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		旧姓（任意）	従事者届施設コード（保健所記入欄）
(2) 氏　名			
(3) 住　所	□□□－□□□□		
メールアドレス（任意）	@		
(4) 性　別	1. 男　2. 女	(5) 生年月日	1. 平成　2. 昭和　3. 大正　　年　月　日（　）歳

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

(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

(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<u>あり</u>）（【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<u>なし</u>）（【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】

従事する場所：□□

所在地	高知県　電話番号（　－　－　）	
事業所名		
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．□）人　※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→□□年　※1年未満の期間は切り捨て

(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：

(10)看護師の特定行為研修の修了状況

※ 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4号に規定する研修であること

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 ※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**「特定行為研修を実施した指定研修機関の指定研修機関番号及び名称」の欄に記載されている**指定研修機関番号を記入すること。**
1. 有　　2. 無	

(10-1) 修了した特定行為区分 (修了した特定行為区分名の下欄に○を記入)

※指定研修機関から交付された「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特定行為区分の名称に全て○を入れること。**

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.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

(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)

※指定研修機関から交付された**「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しているだけではなく、「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