

※オンラインか紙（1人1枚）のどちらかで令和7年1月15日（水）までに届出を行ってください。

第三号様式（第三十三条関係）

（保健師、助産師、看護師、准看護師）業務従事者届  
（令和6年12月31日現在）

保助看准

|                                                                        |                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                                       |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| ふりがな                                                                   | みえ はなこ                                                                                                                                                                      | 性別                                                                                         | 生 年 月 日                               |
| 氏 名                                                                    | 三重 花子                                                                                                                                                                       | 1 男 2 女                                                                                    | 1 令和 2 平成 3 昭和 4 西暦<br>50年 4月 1日（49歳） |
| 住 所                                                                    | (〒■■■■-□□□□) 都道府県 津市〇〇町▲▲番地                                                                                                                                                 |                                                                                            |                                       |
| メールアドレス                                                                | ◆◆◆ @ ◆◆◆ 最初に登録された年月日                                                                                                                                                       |                                                                                            |                                       |
| 保有する免許全てを記載してください。<br>（ 都道府県）は、厚生労働省ではなく都道府県が免許を発行した場合のみ記入。本籍地ではありません。 | 登録番号                                                                                                                                                                        | 登録年月日                                                                                      |                                       |
|                                                                        | 都道府県)第 1 1 1 1 1 1 1 号                                                                                                                                                      | 令和 平成 昭和 17年 4月 10日                                                                        |                                       |
|                                                                        | 都道府県)第 号                                                                                                                                                                    | 令和・平成・昭和 年 月 日                                                                             |                                       |
|                                                                        | 都道府県)第 2 2 2 2 2 2 2 号                                                                                                                                                      | 令和 平成 昭和 12年 4月 15日                                                                        |                                       |
| 三重 都道府県)第 3 3 3 3 3 号                                                  | 令和 平成 昭和 9年 4月 10日                                                                                                                                                          |                                                                                            |                                       |
| 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                                                                                                                                            |                                                                                            |                                       |
| 業務に従事する場所                                                              | 1 病院 2 診療所 3 助産所 4 訪問看護ステーション 5 介護保険施設等〔1, 2, 4を除く〕 6 社会福祉施設〔1～5を除く〕 7 保健所、都道府県又は市町 8 事業所 9 看護師等学校養成所又は研究機関 10 その他                                                          |                                                                                            |                                       |
| ※主たるもの一か所を選択                                                           | 病院 = 病床数 20 床以上<br>有床診療所 = 病床数 1～19 床<br>(ア 有床 イ 無床 )                                                                                                                       |                                                                                            |                                       |
| ※番号 2～8 については内訳(カタカナ)を○で囲む                                             | 分娩の取扱いあり (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者)<br>分娩の取扱いなし (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者)<br>(ア 管理者 イ 従事者)<br>(ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院<br>ウ 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） エ 居宅サービス事業所<br>オ 居宅介護支援事業所 カ その他) |                                                                                            |                                       |
| ※番号 10 については括弧内に内容を記入                                                  | 都道府県の職員であって、保健所以外<br>1～7,9に該当しない会社、工場、教育機関、その他の事業所(事業所内の診療所を含む)                                                                                                             |                                                                                            |                                       |
| 上記同様、主たる勤務先について記入及び選択してください。                                           | 所在地                                                                                                                                                                         | (〒514-8570) (電話番号 059-224-2053)<br>三重県 津市広明町△△番地                                           |                                       |
|                                                                        | 名称<br>※正式名で記入                                                                                                                                                               | △△△△テイサービス                                                                                 |                                       |
|                                                                        | 雇用形態                                                                                                                                                                        | ① 正規雇用（契約期間が限 小数点第1位で記入(四捨五入)<br>※0.1 未満は「0.1」とする。<br>ただし、産休・育休・病休等で休職している場合は「0.0」と記入すること。 |                                       |
|                                                                        | 常勤換算                                                                                                                                                                        | 1 フルタイム労働者（1 週間の所定 ② 短時間労働者（0. 8 ）人<br>同一法人内で別施設に異動になった場合、従事期間は当該法人の入職日から換算した期間としてください。    |                                       |
| 従事期間等                                                                  | ① 従事期間 1 年未満<br>従事開始の理由 (ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他)<br>※該当の数字及びカタカナで囲む<br>新規: 免許取得後初めて就職(免許取得後、1 か月以内に看護師等として就職)<br>再就業: 前職を辞めて1 年以上経過して就職、転職: 前職を辞めて1 年以内に就職                   |                                                                                            |                                       |

三重県内の  
特定行為研修修了者は  
33人(R4.12.末時点)です。

特定行為研修の修了の有無  
1 有      2 無

指定研修機関番号（7桁）  
▲▲▲▲▲▲▲

看護師の  
特定行為  
研修の  
修了状況

※該当する全  
ての特定行為  
区分を○で囲  
む

12月31日現在において、指定  
研修機関において現に受講中で、  
「特定行為研修修了証」が交付され  
ていない場合は「無」とする。

1 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連  
2 循環器関連  
3 胸腔ドレーン管理関連  
4 ろう孔管理関連  
5 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  
6 創傷管理関連  
7 創部ドレーン管理関連  
8 透析管理関連  
9 動脈血液ガス分析関連  
10 感染に係る薬剤投与関連  
11 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連  
12 術後疼痛管理関連  
13 血糖コントロールに係る薬剤投与関連  
14 循環動態に係る薬剤投与関連  
15 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

修了した特定行為区分

修了した領域別パッケージ研修

1 在宅・慢性期領域  
2 在宅・急性期領域  
3 術中麻酔管理領域  
4 外科系基本領域  
5 外科系高度領域  
6 外科系高度領域  
7 外科系高度領域  
8 外科系高度領域  
9 外科系高度領域  
10 外科系高度領域  
11 外科系高度領域  
12 外科系高度領域  
13 外科系高度領域  
14 外科系高度領域  
15 外科系高度領域  
16 外科系高度領域  
17 外科系高度領域  
18 外科系高度領域  
19 外科系高度領域  
20 外科系高度領域  
21 外科系高度領域

備考

「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」に記載されている特定行為区分を全て○で囲む。

「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を全て○で囲む。

## ○短時間労働者の常勤換算の計算方法

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$$

※小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入。0.1に満たない場合は「0.1」と記入すること。  
ただし、産休・育休・病休等で休職している場合は「0.0」と記入すること。

|                                                     |                                                                 |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 例)フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、<br>週2日8時間勤務の場合(アルバイト等) | $\frac{8\text{時間} \times 2\text{日}}{40\text{時間}} = 0.4\text{人}$ |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

## ○特定行為研修について

※厚生労働省作成リーフレット等より抜粋して作成

### 特定行為とは

特定行為は、診療の補助であって、看護師が行う医療行為のうち、手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力、高度かつ専門的な知識・技能が特に必要なものとして定められた38の行為であって、上記の21の特定行為区分に整理されています。

### 研修対象者

看護師のみ(准看護師は含みません)

### 研修を実施する機関

厚生労働大臣が指定する指定研修機関。なお、県内で研修を実施している機関は、三重大学医学部附属病院、永井病院、三重県厚生農業協同組合連合会の計3箇所のみです。(令和6年12月31日現在)

### 研修の内容

共通科目250時間＋区分別科目5～34時間となっており、講義、演習又は実習により行われます。

### 修了証の交付

指定研修機関から修了証が交付されます。

※特定行為研修は、認定看護師や専門看護師の資格とは異なります。

※単に特定の領域で勤務しているのみでは、特定行為研修を修了したことにはなりません。