※**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）

**保助看准**

（保健師、助産師、看護師、准看護師）業務従事者届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 |  | １ 男　２ 女 | １ 令和　２ 平成　３ 昭和　４ 西暦　　年 　月 　 日( 歳) |
| 住　　　所 | （〒　　-　　　） 　　　都道府県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 免許の種別 | 登　録　番　号 | 登　録　年　月　日 |
| 保健師籍 | 厚生労働省(　 　 都道府県)第 |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 令和・平成・昭和　 　年　　月　　日 |
| 助産師籍 | 厚生労働省(　 　 都道府県)第 |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 令和・平成・昭和　 　年　　月　　日 |
| 看護師籍 | 厚生労働省(　 　 都道府県)第 |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 令和・平成・昭和　 　年　　月　　日 |
| 准看護師籍 | 　　　　　　 都道府県 第 |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 令和・平成・昭和　 　年　　月　　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※主たるもの一か所を選択※番号２～８については内訳（カタカナ）を〇で囲む※番号10については括弧内に内容を記入 | １　病院２　診療所（ア 有床　　　　　イ 無床　）３　助産所　　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）　　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）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〔１,２,４を除く〕（ア 介護老人保健施設　　　　　　　　　　　　　　イ 介護医療院ウ 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オ 居宅介護支援事業所　　　　　　　　　　　　　カ その他）６　社会福祉施設〔１～５を除く〕　 （ア 老人福祉施設　　　イ 児童福祉施設　　　 ウ その他）７　保健所、都道府県又は市町（ア 保健所　　　イ 都道府県〔アを除く〕　 　ウ 市町〔アを除く〕）８　事業所　　（ア 事業所内診療所　　イ その他）９　看護師等学校養成所又は研究機関　10　その他　[　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　] |
| 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 | （〒　　-　　　）　　　　　　　　　　(電話番号　　　－　　　－　　　)三重県　　　　 |
| 名称※正式名で記入 |  |
| 雇用形態 | １　正規雇用（**契約期間が限定されていない者**）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（**１週間の所定労働時間が40時間程度の者**）２　短時間労働者（０．　　）人　　　※裏面の記入例参照 |
| 従事期間等※該当の数字及びカタカナを○で囲む | １　従事期間１年未満 従事開始の理由　（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　（ア 新規　 イ 再就業　ウ 転職　エ その他）３　従事期間２年以上裏面へ |

（令和６年12月31日現在）

（注意）

三重県内の

特定行為研修修了者は

**33人（R4.12.末時点）**です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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〇で囲む | 特定行為研修の修了の有無 | 指定研修機関番号**（７桁）** |
| １ 有　　　２ 無 |  |
| 修了した特定行為区分 |
| １ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連３ 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ５ 心嚢ドレーン管理関連７ 腹腔ドレーン管理関連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11 創傷管理関連13 動脈血液ガス分析関連15 栄養及び水分管理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19 循環動態に係る薬剤投与関連21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | ２ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連４ 循環器関連６ 胸腔ドレーン管理関連８ ろう孔管理関連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12 創部ドレーン管理関連14 透析管理関連16 感染に係る薬剤投与関連18 術後疼痛管理関連20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |
| 修了した領域別パッケージ研修 |
| １ 在宅・慢性期領域３ 術中麻酔管理領域５ 外科系基本領域 | ２ 外科術後病棟管理領域４ 救急領域６ 集中治療領域 |
| 備考 |  |

１ 該当する文字又は数字を○で囲むこと。

２ 年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記入すること。

３ 「免許の種別」の欄は、保有する全ての免許について記載すること。

４ 「主たる業務」の欄は、主たる業務の**一つ**について記載すること。

５ 「業務に従事する場所」の欄は、２以上の場所で業務に従事している場合については、その主たるもの**一つ**について記載すること。

６ 「３ 助産所」の「分娩の取扱いあり」「分娩の取扱いなし」については、分娩取扱いの実績の有無に関わらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩の取扱いあり」の項目に記載すること。

７ 事業所内に設置された診療所については、「２ 診療所」ではなく「８ 事業所」に含むものとすること。

８ 「５ 介護保険施設等」は、「１ 病院」、「２ 診療所」及び「４ 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ」に該当するものを除くものとすること。

９ 「６ 社会福祉施設」は、「１ 病院」から「５ 介護保険施設等」までに該当するものを除くものとすること。

10 「雇用形態」は、次により記載すること。

・「１ 正規雇用」とは、**施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者**を指すこと。

・「２ 非正規雇用(１又は３に該当しない者）」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など名称にかかわらず、「１ 正規雇用」及び「３ 派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者を指すこと。

・「３ 派遣（紹介予定派遣を含む）」とは、派遣会社から派遣されている者を指すこと。

11 「常勤換算」は、「雇用形態」にかかわりなく、次により記載すること。

・「１ フルタイム労働者」とは、**１週間の所定労働時間が40時間程度（１日８時間・週５日勤務等）**の者を指すこと。

・「２ 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、１週間の所定労働時間が短い者を指すこと。

・また、( )は常勤換算した数値を記入すること。この場合、小数点以下第２位を四捨五入し、小数点以下第１位で記入することとするが、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」と記載すること。

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、

週２日８時間勤務の場合（アルバイト等）

短時間労働者の１週間当たりの労働時間

常勤換算＝

フルタイム労働者の１週間当たりの

＝　0.4人

８時間×２日

40時間

所定労働時間

12 「従事開始の理由」は、次により記載すること。

・「ア 新規」とは、**免許取得後、初めて**保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、２以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）を指すこと。

・「イ 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前**１年間**に保健師、助産師、看護師又は准看護師として**従事していない**場合(ただし、「ア 新規」を除く。) を指すこと。

・「ウ 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前**１年間に**保健師、助産師、看護師又は准看護師として**従事したことがある**場合を指すこと。

・「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」のいずれにも該当しない場合を指すこと。

13 「看護師の特定行為研修の修了状況」は、次のように記載すること。

・「看護師の特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第４号に規定する研修を指し、「指定研修機関」とは、同項第５号に規定する特定行為研修を行う者を指すこと。また、「特定行為区分」とは、同項第３号に規定する特定行為の区分を指し、「領域別パッケージ研修」とは、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為及び同項第４号に規定する特定行為研修に関する省令（平成27年厚生労働省令第33号）別表第４の備考第５号に規定するとおり実施した研修を指すこと。

・「修了した特定行為区分」の欄は、該当する全ての特定行為区分について記載すること。

・「修了した領域別パッケージ研修」の欄は、該当する全ての領域について記載すること。