

保健師, 助産師, 看護師, 准看護師 業務従事者届

・裏面の注意事項を参照の上, 令和4年12月31日現在の内容を記載してください
・太枠内のみ記載し, 選択する項目は, 該当する文字又は数字を○で囲んでください

※市区町村符号

Form with multiple sections: Personal Information (ふりがな, 氏名, 性別, 生年月日), Address (住所), Registration (免許の種別, 登録先, 登録番号, 登録年月日), Business Type (主たる業務を1つ選択), Workplace (業務に従事する場所を1つ選択), Employment (所在地, 名称, 雇用形態, 常勤換算), and Specialized Training (看護師の特定行為研修の修了状況).

※裏面に続きます。

広島県独自報告項目（オンライン届出でもこの項目は表示されます）

<p>設問1</p> <p>保健師免許をお持ちの方で、現在他の種別の免許で業務に就いている方にお聞きします。 今後、保健師として業務に従事したいと考えていますか？該当する数字を○で囲んでください。</p> <hr/> <p>1. 考えていない 2. 保健師として従事したいが従事できるところがない 3. 既に転職活動を始めている（又は転職先が決まった）</p>
<p>設問2</p> <p>助産師免許をお持ちの方で、現在他の種別の免許で業務に就いている方にお聞きします。 今後、助産師として業務に従事したいと考えていますか？該当する数字を○で囲んでください。</p> <hr/> <p>1. 考えていない 2. 助産師として従事したいが従事できるところがない 3. 既に転職活動を始めている（又は転職先が決まった）</p>

回答事項は以上です。紙で提出の場合は各市町の担当窓口へ、令和5年1月16日までに届け出てください。

注意事項

免許の種別	○保有する全ての免許について記載してください。
登録年月日	○免許の登録を受けた年月日を記載してください。 ○書換又は再交付を受けた日ではありません。
主たる業務	○保健師免許、助産師免許及び看護師免許のうち2以上の免許を保有している場合は、その主たる業務の1つについて記載してください。 <u>例1 保健師と看護師の免許を保有し、病院等の医療機関に就業している場合において、</u> ・健康相談部門等で主に保健指導に従事 ⇒ 1(保健師業務)を選択 ・外来・病棟等で主に療養上の世話や診療の補助に従事 ⇒ 3(看護師業務)を選択 <u>例2 助産師と看護師の免許を保有し、助産師として医療機関に就業したが、現在、内科等での看護師業務に従事 ⇒ 3(看護師業務)を選択</u>
業務に従事する場所	○2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの1つについて記載してください。 ○事業所内に設置された診療所は、「2 診療所」ではなく、「8 事業所」を選択してください。 ○従事する助産所において、分娩の依頼に応ずる体制がある場合には、「3a 助産所(分娩の取扱い有)」を選択してください。 ○「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きます。 ○「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きます。
雇用形態	○「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します。 ○「2 非正規雇用」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時職員などの名称にかかわらず、「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します。 ○「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します。
常勤換算	<u>雇用形態にかかわらず、次により記載してください。</u> ○「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）の者を指します。 ○「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します。 ○「2 短時間労働者」を選択した場合は、様式の【例】を参考にして、常勤換算により算出した数値を記載してください。
従事期間等	○「従事期間」は、現在従事している場所での連続した従事期間を指します。ただし、従事場所に変更があった場合でも、同一の者が設置する施設・事業所間の異動・転勤に伴う場合や設置者の相続・合併等による設置者の変更のみの場合等は、従事場所の変更がなかったものとして記載してください。
従事開始の理由	○「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。）を指します。 ○「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）を指します。 ○「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します。 ○「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」に該当しない場合を指します。
看護師の特定行為研修の修了状況	○「特定行為研修修了証」が交付されている場合は「1 有」を○で囲み、「特定行為研修修了証」に記載されている指定研修機関番号を記載し、修了した特定行為区分及び領域別パッケージ研修の名称の全てを○で囲んでください。 ○特定行為研修を受講していない場合（指定研修機関において受講中又は受講したものであっても、指定研修機関から「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○で囲んでください。 ○領域別パッケージ研修に含まれる特定行為区分については、「修了した特定行為区分」の欄においても○で囲んでください。