

・令和4(2022)年12月31日現在の内容を記入又は選択してください。

・記入後、令和5(2023)年1月15日までに就業先を所管する保健所(保健福祉事務所・センター)へ届け出てください。

神奈川県

ふりがな				性別	1 男	2 女
氏名				生年	1 令和	2 平成
				月日	3 昭和	4 西暦
				年 月 日 (歳)		
住所	都道府県					
保有する免許	登録先	登録番号		登録年月日		
	(< >欄は旧規則での 免状保有者等のみ記入)			(元号を選択し 年月日を記入)		
保健師籍	厚生労働省・ < 都道府県 >	第	号	1 令和	2 平成	3 昭和
助産師籍	厚生労働省・ < 都道府県 >	第	号	1 令和	2 平成	3 昭和
看護師籍	厚生労働省・ < 都道府県 >	第	号	1 令和	2 平成	3 昭和
准看護師籍	[都道府県]の免許を保有	第	号	1 令和	2 平成	3 昭和
主たる業務 を1つ選択	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 を1つ選択 (内訳がある 場合は さらに選択)	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 [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 (ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他) 7 保健所、県又は市町村 (ア 保健所 イ 県 (アを除く) ウ 市町村 (アを除く)) 8 事業所 9 看護師等学校養成所又は研究機関 10 その他 []					
上記での 選択場所 について 記入及び 選択	所在地	都道府県				
	電話番号	() -				
	名称					
	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 (2 の場合は 換算値も記入)	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 → 常勤換算すると [0. ____] 人 ※常勤換算は、1週間あたりの契約労働時間 ÷ 1週間あたりの所定労働時間で算出してください。 (例)週16時間勤務の契約で、所定労働時間が週40時間の場合は、16 ÷ 40 = 0.4人				
従事 期間等	1 従事期間1年未満 → 従事開始の理由を選択: 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 → 従事開始の理由を選択: ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他) 3 従事期間2年以上					
看護師の 特定行為 研修の 有無	特定行為研修の修了の有無			指定研修機関番号		
	1 有 2 無					
【注意】裏面に、「看護師の特定行為の研修の修了状況」についての記入欄があります。						