

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日現在の状況を記入してください。)

保助
看准

東京都

ふりがな		性別	生年月日			年齢	
氏名		1 男 2 女	平成・昭和・大正・西暦	年	月	日	歳
住所	都・県		区・市・町・村				
メールアドレス	@		※職場または個人のどちらでも可				

令和7年1月15日（水曜日）までに、就業地を管轄する保健所に提出してください！
※本紙は紙届出用の様式です。オンラインによる届出の場合は都ホームページ等に掲載の様式を利用してください。

I 免許

(1)保有する全ての免許について、該当する番号を全て選択してください。

1 保健師免許 2 助産師免許 3 看護師免許 4 准看護師免許

(2)(1)で選択した全ての免許について、①～③を回答してください。

免許種別	①免許権者 ※ 該当する番号を○で囲んでください。		②登録番号	③登録年月日
保健師	1 厚生(労働)大臣	2 知事(都・道・府・県)	第 号	令和・平成・昭和 年 月 日
助産師	1 厚生(労働)大臣	2 知事(都・道・府・県)	第 号	令和・平成・昭和 年 月 日
看護師	1 厚生(労働)大臣	2 知事(都・道・府・県)	第 号	令和・平成・昭和 年 月 日
准看護師	1 知事(都・道・府・県)	2 関西広域連合長	第 号	令和・平成・昭和 年 月 日

※ 別紙「免許登録番号及び登録年月日《記入上の注意》」を参照し、誤りのないように記入してください。

II 業務

II - 1

主たる業務

主たる業務（最も長時間従事している業務）について、該当する番号を1つ選び、○で囲んでください。

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

(1)「II - 1 主たる業務」での従事場所等(名称、連絡先及び所在地)を記入してください。

名称	電話 ()
所在地	東京都 区・市・町・村

(2) (1)で記入した従事場所について、該当する番号を1つ選び、○で囲んでください。

項目			番号
病院			1
診療所※1	有床		27
	無床		21
助産所※2	分娩の 取り扱いあり	開設者	37
		従事者	31
		出張のみによる者	3ㄅ
	分娩の 取り扱いなし	開設者	37
		従事者	31
		出張のみによる者	3ㄅ
訪問看護ステーション	管理者		47
	従事者		41
介護保険施設等※3	介護老人保健施設		57
	介護医療院		51
	指定介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）		5ㄅ
	居宅サービス事業所		5I
	居宅介護支援事業所		5ㄠ
	その他		5ㄏ
社会福祉施設※4	老人福祉施設		67
	児童福祉施設		61
	その他		6ㄅ
保健所又は 区市町村、東京都	保健所		77
	東京都職員(保健所を除く。)		71
	区市町村職員(保健所を除く。)		7ㄅ
事業所	事業所内診療所		87
	その他		81
看護師等学校・養成所又は研究機関			9
その他			10

※ 1 事業所内に設置された診療所については、「8」を選択してください。

※ 2 分娩取扱いの実績がない助産所であっても、分娩の依頼に応ずる体制がある場合には、「分娩の取り扱いあり」から選択してください。

※ 3 「1～2及び4」と「介護保険施設等」のどちらにも当てはまる場所で従事する場合は、「1～2及び4」から選択してください。

※ 4 「1～5」と「社会福祉施設」のどちらにも当てはまる場所で従事する場合は、「1～5」から選択してください。

裏面にも設問があります。ㄴ

