# 【調査票】

提出期限：令和９年１月１５日

オンラインで届出ができます。希望者は事業所の事務担当者の方が取得した利用者IDを確認の上、オンライン入力してください。

保健師、助産師、看護師、准看護師 業務従事者届

令和８年１２月３１日現在

| | 項目 | 回答 | | |
|---|---|---|---|---|
| 個人に関する事項 | １．保健所コード（2桁）<br>※保健所記入 | | | |
| | ２．番号（4桁）<br>※保健所記入 | | | |
| | ３．主たる業務（番号を記入）<br>（１　保健師業務　２　助産師業務<br>３　看護師業務　４　准看護師業務） | | | |
| | ４．氏名 | | | |
| | ５．氏名フリガナ | | | |
| | ６．旧姓 | | | |
| | ７．性別<br>（番号を記入）<br>（１　男　　２　女） | | | |
| | ８．年齢（数字のみ） | | 歳 | |
| | ９．生年月日<br>（和暦） | | | |
| | １０．現住所 | | | |
| | １１．メールアドレス | | | |
| | １２．免許の種別 | ①１　大臣免許　２　都道府県免許<br>（番号と都道府県名を記載（２の場合）<br>取得していない免許欄は空欄） | ②登録番号 | ③登録年月日（和暦）<br>（例：昭和60年3月31日） |
| | １３．保健師籍（番号を記入）<br>（１　大臣免許　２　都道府県免許）<br>※取得無の場合空欄 | | 第　　号 | 年　　月　　日 |
| | １４．（２　都道府県免許の場合：都道府県名）<br>※大臣免許の場合は空欄 | | | |
| | １５．助産師籍（番号を記入）<br>（１　大臣免許　２　都道府県免許）<br>※取得無の場合空欄 | | 第　　号 | 年　　月　　日 |
| | １６．（２　都道府県免許の場合：都道府県名）<br>※大臣免許の場合は空欄 | | | |
| | １７．看護師籍（番号を記入）<br>（１　大臣免許　２　都道府県免許）<br>※取得無の場合空欄 | | 第　　号 | 年　　月　　日 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | １８．（２　都道府県免許の場合：都道府県名）<br>※大臣免許の場合は空欄 | | | |
| | １９．准看護師籍（番号を記入）<br>（取得している場合　「２」を記入）<br>※取得無の場合空欄 | | 第　　号 | 年　　月　　日 |
| | ２０．（取得している場合：都道府県名） | | | |
| 業務に従事する場所 | ２１．事業所名称 | | | |
| | ２２．場所（コード）<br>（３桁の数字を記入） | | | |
| | ２３．所在地（市町村コード）<br>（５桁の数字を記入） | | | |
| | ２４．住所 | | | |
| | ２５．電話番号 | | | |
| | ２６．雇用形態（番号を記入）<br>（１　正規　　２　非正規<br>３　派遣） | | | |
| | ２７．常勤換算（番号を記入）<br>（１　フルタイム　２　短時間） | | | |
| | ２８．（上記2　短時間労働の場合）<br>※小数点第2位を四捨五入<br>記載例：0.4 | ０． | 人 | |
| | ２９．従事期間等（番号を記入）<br>（１　1年未満）<br>（２　1年以上2年未満）<br>（３　２年以上） | | | |
| | ３０．従事開始の理由<br>（カタカナを記入） | | | |
| 看護師の特定行為研修の修了状況 | ３１．研修修了の有無<br>（番号を記入）<br>（１　有　　２　無） | | | |
| | ３２．指定研修機関番号 | | | |
| | ３３．修了した特定行為区分<br>（番号：複数の場合カンマ区切）<br>例：1,2,3,4 | | | |
| | ３４．修了した領域パッケージ研修<br>（番号：複数の場合カンマ区切）<br>例：1,2,3,4 | | | |
| | ３５．卒業した学校の所在地<br>（番号を記入）<br>（１　県内　　２　県外） | | | |
| | ３６．令和８年中の移動（転職）の有無（番号を記入）<br>※令和８年１月１日～同年１２月３１日<br>（１　県外から秋田県内に移動（転職）した）<br>（２　県外から秋田県内へ移動（転職）していない） | | | |