第三号様式（第三十三条関係）

（保健師、助産師、看護師、准看護師）業務従事者届

（　　年12月31日現在）

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
（旧姓）			（　　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　第　　号 （　　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ		１．令和　２．平成　３．昭和　年　月　日
助産師籍	厚生労働省　第　　号 （　　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ		１．令和　２．平成　３．昭和　年　月　日
看護師籍	厚生労働省　第　　号 （　　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ		１．令和　２．平成　３．昭和　年　月　日
准看護師籍	都道府県　第　　号		１．令和　２．平成　３．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

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、都道府県又は市区町村
　（ア　保健所　　イ　都道府県（アを除く）　　ウ　市区町村（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

所在地	市区町村コード	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	１　フルタイム労働者 ２　短時間労働者（０．　）人　※記入例参照	