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．平成　２．昭和　３．大正　　年　　月　　日 （　　歳）
住　　所	都道 府県		
免許の種別	登　録　番　号		登　録　年　月　日
保健師籍	厚生労働省　（　　都道府県）第　　号		１．平成　２．昭和　　年　　月　　日
助産師籍	厚生労働省　（　　都道府県）第　　号		１．平成　２．昭和　　年　　月　　日
看護師籍	厚生労働省　（　　都道府県）第　　号		１．平成　２．昭和　　年　　月　　日
准看護師籍	都道府県　第　　号		１．平成　２．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		
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 （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　指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）ウ　居宅サービス事業所　エ　居宅介護支援事業所　オ　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 ９　看護師等学校養成所又は研究機関 10　その他		
	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	１　フルタイム労働者 ２　短時間労働者（０．　）人　※記入例参照	
	従事期間等	１　従事期間１年未満（従事開始の理由　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　ア　新規　イ　再就業　ウ　転職　エ　その他） ３　従事期間２年以上	
備考			