第三号様式を次のように改める。

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 （　　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．令和　２．平成　３．昭和　　年　月　日
助産師籍	厚生労働省　（　　都道府県）第　　号	１．令和　２．平成　３．昭和　　年　月　日
看護師籍	厚生労働省　（　　都道府県）第　　号	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
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 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