

郵便はがき

郵送の場合
は85円切手
を貼ってく
ださい



保健師助産師看護師法第33条の規定による

看護師 業務従事者届 (令和6年)

氏名 生年月日	T・S・H 年 月 日 (生 歳)				
現住所					
メールアドレス					
看護師籍 登録内容	番 号 登 録 年 月 日	S・H・R 年 月 日	都道府県知事免許 (昭和23年7月30日までに取得) 都 道 府 県 [] 府 県		
修了した特 定行為区分 (※該当者のみ)	※右側の一覧のなかから修了した区分 の番号を全て選んで記載してください				
特定行為研修を 修了した場所 (※該当者のみ)					
業 務 に 従事する 場 所	名 称 :				
	住 所 :				
	電 話 :				
他の免許 を有する 場合その 登録内容	保・助・准	年	月	日	第 号登録
	保・助・准	年	月	日	第 号登録
	保・助・准	年	月	日	第 号登録

※上の枠内をご記入後、裏面もご記入ください。

保 助 看 准

看護師業務従事者届の注意事項 (ご記入の前にお読みください。)

- ◆ この届は、業務に従事している方のみ提出してください。なお、保健師、助産師、看護師、准看護師のうち、2以上の業務に従事する場合は、主として従事する業務の届のみ提出してください。
- ◆ 令和6年12月31日現在の内容を記入してください。
- ◆ 表面 (この面の左側)、裏面の両方に記入欄がありますので、両面ともに記入してください。裏面はマークシート形式となっておりますので、黒色のボールペンもしくは黒色の鉛筆で丁寧にマークしてください。
- ◆ ご記入後、きりとり線で切り取って、回答の部分のみを令和7年1月15日までに以下の提出先に提出してください。

<提出先>

勤務地	宛 先
名古屋市内	〒460-8501 (住所不要) 愛知県保健医療局 健康医務部 医務課
名古屋市以外の市町村	勤務地を管轄する保健所

※左側の特定行為区分一覧は以下の通りです

№	区 分	№	区 分
1	呼吸器 (気道確保に係るもの)	13	動脈血液ガス分析
2	呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの)	14	透析管理
3	呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの)	15	栄養及び水分管理に係る薬剤投与
4	循環器	16	感染に係る薬剤投与
5	心嚢ドレーン管理	17	血糖コントロールに係る薬剤投与
6	胸腔ドレーン管理	18	術後疼痛管理
7	腹腔ドレーン管理	19	循環動態に係る薬剤投与
8	ろう孔管理	20	精神及び神経症状に係る薬剤投与
9	栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理)	21	皮膚損傷に係る薬剤投与 領域別パッケージ研修
10	栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)	22	在宅・慢性期領域
		23	外科術後病棟管理領域
		24	術中麻酔管理領域
		25	救急領域
11	創傷管理	26	外科系基本領域
12	創部ドレーン管理	27	集中治療領域

ここできりとつてください

