業務従事者届のオンライン届出のご案内

オンラインシステム

業務従事者届は、インターネットによるオンライン届出が可能になりました。
以下 URL にアクセス、もしくは、二次元コードを読み込んでください。
https://static.iryojujisha-todokede-sys.mhlw.go.jp/index.html

システムマニュアル

システム操作方法等はこちらから！
厚生労働省 オンライン届出マニュアル掲載サイト
https://static.iryojujisha-todokede-sys.mhlw.go.jp/download.html

※紙での回答をご希望の方は、以下の内容にご回答ください。
※回答にあたっては、別紙「記入上の注意」を確認しながらご回答願います。

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

（令和 8 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） ※12 月 31 日現在における満年齢を記入
（旧　姓）			
住　所	都道府県　市町村		
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	1令和　2平成　3昭和　年　月　日
	（　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ	
助産師籍	厚生労働省　第　　号	1令和　2平成　3昭和　年　月　日
	（　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ	
看護師籍	厚生労働省　第　　号	1令和　2平成　3昭和　年　月　日
	（　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ	
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	

★裏面に続く

○業務に従事する場所について（※主な場所一つ）

1. 病院		
2. 診療所　※事業所内に設置された診療所は「8」を選択。 （ア 有床　イ 無床）		
3. 助産所　※分娩実績がなくても、分娩依頼に応ずる体制がある場合は「分娩の取り扱いあり」から選択。 【分娩の取り扱いあり】（ア 開設者　イ 従事者　ウ 出張のみによる者） 【分娩の取り扱いなし】（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　※「1～2 及び 4」とどちらにも当てはまる場合は「1～2 及び 4」から選択。 （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　※「1～5」とどちらにも当てはまる場合は「1～5」から選択。 （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 ※実際に業務を行う住所	市町村コード（注 14 参照）	〒 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 ※「注 11」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	

○特定行為について（※「注 13」参照）

特定行為研修の修了の有無 1. 有　2. 無	指定研修機関番号（特定行為研修修了証に記載されている指定研修機関番号）

修了した特定行為区分に○をつけてください。	
1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	4. 循環器関連
5. 心嚢ドレーン管理関連	6. 胸腔ドレーン管理関連
7. 腹腔ドレーン管理関連	8. ろう孔管理関連
9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	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）関連
11. 創傷管理関連	12. 創部ドレーン管理関連
13. 動脈血液ガス分析関連	14. 透析管理関連
15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	18. 術後疼痛管理関連
19. 循環動態に係る薬剤投与関連	20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連	
修了した領域別パッケージ研修	
1. 在宅・慢性期領域	2. 外科術後病棟管理領域
3. 術中麻酔管理領域	4. 救急領域
5. 外科系基本領域	6. 集中治療領域
備 考	

【和歌山県独自設置項目】

Ⅰ 転職した経験のある方にお伺いします。

現在の就業先を除き、これまでに「1 年以上継続して就業した直近の就業場所」を教えてください。（常勤・非常勤は問いません）

1．病院
2．診療所（2 ア 有床　　2 イ 無床）
3．助産所（3 ア 分娩の取り扱いあり　　3 イ 分娩の取り扱いなし）
4．訪問看護ステーション
5．介護保険施設等（5 ア介護老人保健施設　5 イ特別養護老人ホーム　5 ウ介護医療院 5 エ居宅サービス事業所　5 オ居宅介護支援事業所　5 カその他）
6．社会福祉施設（6 ア 老人福祉施設　6 イ児童福祉施設　6 ウその他）
7．保健所、都道府県又は市区町村等の行政機関
8．事業所（8 ア事業所内診療所　8 イその他）
9．看護師等学校養成所または研究機関
１０．その他

Ⅱ-1 回答者全員にお伺いします。

現在の就業場所で、夜勤に従事していますか。

1. 有　　2. 無

Ⅱ-2 上記設問（Ⅱ-1）で、「夜勤に従事していない方」のみご回答ください。

夜勤に従事していない理由として、最も当てはまる理由を教えてください。

1．子供の世話	2．家族の健康問題・介護
3．健康上の理由（身体的）診断書あり	4．健康上の理由（精神的）診断書あり
5．知識や技術・経験が十分でないため	6．体力に自信がない（病気ではない）
7．漠然とした不安が大きい	8．夜勤はしたくない
9．夜勤を希望しているが、配属が夜勤なしの部署である	１０．夜勤のない職場である

Ⅲ 回答者全員にお伺いします。

看護師等は、病院等を離職した場合、住所、氏名その他厚生労働省令で定める事項を、都道府県ナースセンターに届け出るよう努めなければならないことを知っていますか？

ナースセンターとは？

1. 知っている
2. 聞いたことがある
3. 知らない

Ⅳ 回答者全員にお伺いします。

これまでの離職・休職の通算期間（育休・産休および介護休暇含む）を教えてください。※複数回離職・休職されている場合は、すべての期間を足した「合計期間」でお答えください。

1.　1 年未満	2.　1 年～3 年未満
3.　3 年～5 年未満	4.　5 年～10 年未満
5.　10 年以上	6.　離職・休職期間なし