

## 昭和二十六年厚生省令第三十四号

### 保健師助産師看護師法施行規則

保健師助産師看護師法施行規則（昭和二十五年厚生省令第三十七号）を次のように改正する。

#### 第一章 免許

（法第九条第三号の厚生労働省令で定める者）

**第一条** 保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三十三号。以下「法」という。）第九条第三号の厚生労働省令で定める者は、視覚、聴覚、音声機能若しくは言語機能又は精神の機能の障害により保健師、助産師、看護師又は准看護師の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

（障害を補う手段等の考慮）

**第一条の二** 厚生労働大臣は、保健師免許、助産師免許又は看護師免許の申請を行つた者が前条に規定する者に該当すると認める場合において、当該者に免許を与えるかどうかを決定するときは、当該者が現に利用している障害を補う手段又は当該者が現に受けている治療等により障害が補われ、又は障害の程度が軽減している状況を考慮しなければならない。

2 前項の規定は、准看護師免許について準用する。この場合において、「厚生労働大臣」とあるのは、「都道府県知事」と読み替えるものとする。

（保健師免許、助産師免許及び看護師免許の申請手続）

**第一条の三** 保健師助産師看護師法施行令（昭和二十八年政令第三百八十六号。以下「令」という。）第一条の三第一項の保健師免許の申請書にあつては第一号様式によるものとし、助産師免許の申請書にあつては第一号の二様式によるものとし、看護師免許の申請書にあつては第一号の三様式によるものとする。

2 令第一条の三第一項の規定により、前項の申請書に添えなければならない書類は、次のとおりとする。

- 一 保健師免許の申請にあつては、保健師国家試験及び看護師国家試験の合格証書の写
- 二 助産師免許の申請にあつては、助産師国家試験及び看護師国家試験の合格証書の写
- 三 看護師免許の申請にあつては、看護師国家試験の合格証書の写

四 戸籍謄本若しくは戸籍抄本又は住民票の写し（住民基本台帳法（昭和四十二年法律第八十一号）第七条第五号に掲げる事項（出入国管理及び難民認定法（昭和二十六年政令第三百十九号）第十九条の三に規定する中長期在留者（以下「中長期在留者」という。）及び日本国との平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法（平成三年法律第七十一号）に定める特別永住者（以下「特別永住者」という。）にあつては住民基本台帳法第三十条の四十五に規定する国籍等）を記載したものに限る。第五条の四において同じ。）（出入国管理及び難民認定法第十九条の三各号に掲げる者にあつては旅券その他の身分を証する書類の写し。第五条の四において同じ。）

五 視覚、聴覚、音声機能若しくは言語機能若しくは精神の機能の障害又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者であるか否かに関する医師の診断書

3 第一項の保健師免許又は助産師免許の申請書に合格した保健師国家試験又は助産師国家試験の施行年月、受験地及び受験番号並びに看護師籍の登録番号又は合格した看護師国家試験の施行年月、受験地及び受験番号を記載した場合には、前項第一号又は第二号の書類の添付を省略することができる。

4 第一項の看護師免許の申請書に合格した看護師国家試験の施行年月、受験地及び受験番号を記載した場合には、第二項第三号の書類の添付を省略することができる。

（准看護師免許の申請手続）

**第二条** 令第一条の三第二項の准看護師免許の申請書は、第一号の三様式に準ずるものとする。

2 令第一条の三第二項の規定により、前項の申請書に添えなければならない書類は、次のとおりとする。

- 一 准看護師試験の合格証書の写
- 二 前条第二項第四号及び第五号に掲げる書類

3 第一項の申請書に合格した准看護師試験の施行年月、受験地及び受験番号を記載した場合には、前項第一号の書類の添付を省略することができる。

（保健師籍、助産師籍及び看護師籍の登録事項）

**第三条** 令第二条第一項第七号の規定により、同条同項第一号から第六号までに掲げる事項以外で保健師籍、助産師籍又は看護師籍に登録する事項は、次のとおりとする。

- 一 再免許の場合には、その旨
- 二 免許証を書換交付又は再交付した場合には、その旨並びにその事由及び年月日
- 三 登録の抹消をした場合には、その旨並びにその事由及び年月日

（准看護師籍の登録事項）

**第四条** 令第二条第二項第六号の規定により、同条同項第一号から第五号までに掲げる事項以外で准看護師籍に登録する事項は、次のとおりとする。

- 一 再免許の場合には、その旨
- 二 免許証を書換交付又は再交付した場合には、その旨並びにその事由及び年月日
- 三 登録の抹消をした場合には、その旨並びにその事由及び年月日

（籍の訂正の申請書に添付する書類）

**第五条** 令第三条第四項の籍の訂正の申請書には、戸籍謄本又は戸籍抄本（中長期在留者及び特別永住者については住民票の写し（住民基本台帳法第三十条の四十五に規定する国籍等を記載したものに限る。第五条の三において同じ。））及び令第三条第一項、第二項又は第三項の申請の事由を証する書類とし、出入国管理及び難民認定法第十九条の三各号に掲げる者にあつては旅券その他の身分を証する書類の写し及び令第三条第一項、第二項又は第三項の申請の事由を証する書類とする。）を添えなければならない。

（籍の抹消の申請手続）

**第五条の二** 法第十四条第一項の規定による取消処分をするため、当該処分に係る保健師、助産師又は看護師に対し、厚生労働大臣が行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条第一項の規定による通知をした後又は都道府県知事が法第十五条第四項において準用する行政手続法第十五条第一項の規定による通知をした後に当該保健師、助産師又は看護師から法第九条第三号又は第四号に該当することを理由として令第四条第一項の規定により保健師籍、助産師籍又は看護師籍の登録の抹消を申請する場合には、法第九条第三号又は第四号に該当することに関する医師の診断書を申請書に添付しなければならない。

2 法第十四条第二項の規定による取消処分をするため、当該処分に係る准看護師に対し、都道府県知事が行政手続法第十五条第一項の規定による通知をした後に当該准看護師から法第九条第三号又は第四号に該当することを理由として令第四条第二項の規定により准看護師

籍の登録の抹消を申請する場合には、法第九条第三号又は第四号に該当することに関する医師の診断書を申請書に添付しなければならない。

(免許証の書換交付の申請書に添付する書類)

**第五条の三** 令第六条第三項の免許証の書換交付の申請書には、戸籍謄本又は戸籍抄本（中长期在留者及び特別永住者にあつては住民票の写し及び同条第一項又は第二項の申請の事由を証する書類とし、出入国管理及び難民認定法第十九条の三各号に掲げる者にあつては旅券その他の身分を証する書類の写し及び同条第一項又は第二項の申請の事由を証する書類とする。）を添えなければならない。

(免許証の再交付の申請書に添付する書類)

**第五条の四** 令第七条第四項の免許証の再交付の申請書には、戸籍謄本若しくは戸籍抄本又は住民票の写しを添えなければならない。

(手数料の額)

**第六条** 令第七条第三項の手数料の額は、三千百円とする。

(登録免許税及び手数料の納付)

**第七条** 令第一条の三第一項又は第三条第一項の規定による申請をする者は、登録免許税の領収証書又は登録免許税の額に相当する収入印紙を申請書にはらなければならない。

2 令第七条第一項の規定による申請をする者は、手数料の額に相当する収入印紙を申請書にはらなければならない。

### 第一章の二 再教育研修

(保健師等再教育研修)

**第八条** 法第十五条の二第一項の厚生労働省令で定める研修は、次のとおりとする。

- 一 倫理研修（保健師、助産師又は看護師としての倫理の保持に関する研修をいう。以下同じ。）
- 二 技術研修（保健師、助産師又は看護師として具有すべき知識及び技能に関する研修をいう。以下同じ。）

(准看護師再教育研修)

**第九条** 法第十五条の二第二項の厚生労働省令で定める研修は、次のとおりとする。

- 一 准看護師倫理研修（准看護師としての倫理の保持に関する研修をいう。）
- 二 准看護師技術研修（准看護師として具有すべき知識及び技能に関する研修をいう。）

(手数料)

**第十条** 倫理研修又は技術研修で厚生労働大臣が行うもの（以下「集合研修及び課題研修」という。）を受けようとする者は、次の各号に掲げる区分により、それぞれ当該各号に定める額の手数料を納めなければならない。

- 一 戒告処分を受けた者 七千八百五十円
- 二 前号に該当しない者 一万五千七百円

(個別研修計画書)

**第十一条** 倫理研修又は技術研修（集合研修及び課題研修を除く。以下「個別研修」という。）に係る法第十五条の二第一項の命令（以下「再教育研修命令」という。）を受けた者は、当該個別研修を開始しようとする日の三十日前までに、次に掲げる事項を記載した個別研修計画書を作成し、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 氏名、生年月日並びに保健師籍、助産師籍又は看護師籍の登録番号及び登録年月日（法第十四条第三項の規定により再免許を受けようとする者にあつては、氏名及び生年月日）
  - 二 個別研修の内容
  - 三 個別研修の実施期間
  - 四 助言指導者（個別研修に係る再教育研修命令を受けた者に対して助言、指導等を行う者であつて、厚生労働大臣が指名したものをいう。以下同じ。）の氏名
  - 五 その他必要な事項
- 2 前項の規定により個別研修計画書を作成しようとする場合には、あらかじめ助言指導者の協力を得なければならない。
- 3 第一項の規定により作成した個別研修計画書を厚生労働大臣に提出する場合には、あらかじめ当該個別研修計画書が適切である旨の助言指導者の署名を受けなければならない。
- 4 厚生労働大臣は、再教育研修を適正に実施するため必要があると認めるときは、個別研修計画書に記載した事項を変更すべきことを命ずることができる。

(個別研修修了報告書)

**第十二条** 個別研修に係る再教育研修命令を受けた者は、個別研修を修了したときは、速やかに、次に掲げる事項を記載した個別研修修了報告書を作成し、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 氏名、生年月日並びに保健師籍、助産師籍又は看護師籍の登録番号及び登録年月日（法第十四条第三項の規定により再免許を受けようとする者にあつては、氏名及び生年月日）
- 二 個別研修の内容
- 三 個別研修を開始し、及び修了した年月日
- 四 助言指導者の氏名
- 五 その他必要な事項

2 前項の個別研修修了報告書には、個別研修計画書の写しを添付しなければならない。

3 第一項の規定により作成した個別研修修了報告書を厚生労働大臣に提出する場合には、あらかじめ個別研修に係る再教育研修命令を受けた者が当該個別研修を修了したものと認める旨の助言指導者の署名を受けなければならない。

4 厚生労働大臣は、第一項の規定による個別研修修了報告書の提出を受けた場合において、個別研修に係る再教育研修命令を受けた者が個別研修を修了したと認めるときは、当該者に対して、個別研修修了証を交付するものとする。

(再教育研修を修了した旨の登録の申請)

**第十三条** 法第十五条の二第三項の規定による登録を受けようとする者は、保健師籍への登録の申請にあつては第一号の四書式による申請書に、助産師籍への登録の申請にあつては第一号の五書式による申請書に、看護師籍への登録の申請にあつては第一号の六書式による申請書に、それぞれ保健師免許証、助産師免許証又は看護師免許証の写しを添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、手数料の額に相当する収入印紙をはらなければならない。

3 個別研修に係る再教育研修命令を受けた者に係る第一項の規定の適用については、同項中「保健師免許証、助産師免許証又は看護師免許証」とあるのは、「個別研修修了証及び保健師免許証、助産師免許証又は看護師免許証」とする。

(再教育研修修了登録証の書換交付申請)

**第十四条** 再教育研修を修了した旨の登録を受けた保健師、助産師又は看護師（以下「再教育研修修了登録保健師等」という。）は、再教育研修修了登録証の記載事項に変更が生じたときは、再教育研修修了登録証の書換交付を申請することができる。

2 前項の申請をするには、保健師に係る再教育研修修了登録証の書換交付の申請にあつては第一号の七書式による申請書に、助産師に係る再教育研修修了登録証の書換交付の申請にあつては第一号の八書式による申請書に、看護師に係る再教育研修修了登録証の書換交付の申請にあつては第一号の九書式による申請書に、それぞれ再教育研修修了登録証及び保健師免許証、助産師免許証又は看護師免許証の写しを添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

3 前項の申請書には、手数料の額に相当する収入印紙をはらなければならない。

(再教育研修修了登録証の再交付申請)

**第十五条** 再教育研修修了登録保健師等は、再教育研修修了登録証を破り、汚し、又は失つたときは、再教育研修修了登録証の再交付を申請することができる。

2 前項の申請をするには、保健師に係る再教育研修修了登録証の再交付の申請にあつては第一号の十書式による申請書に、助産師に係る再教育研修修了登録証の再交付の申請にあつては第一号の十一書式による申請書に、看護師に係る再教育研修修了登録証の再交付の申請にあつては第一号の十二書式による申請書に、それぞれ保健師免許証、助産師免許証又は看護師免許証の写しを添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

3 前項の申請書には、手数料の額に相当する収入印紙をはらなければならない。

4 再教育研修修了登録証を破り、又は汚した再教育研修修了登録保健師等が第一項の申請をする場合には、申請書にその再教育研修修了登録証及び保健師免許証、助産師免許証又は看護師免許証の写しを添えなければならない。

5 再教育研修修了登録保健師等は、再教育研修修了登録証の再交付を受けた後、失つた再教育研修修了登録証を発見したときは、五日以内に、これを厚生労働大臣に返納しなければならない。

**第十六条及び第十七条** 削除

## 第二章 試験

(保健師国家試験、助産師国家試験又は看護師国家試験施行の告示)

**第十八条** 保健師国家試験、助産師国家試験又は看護師国家試験を施行する場所及び期日並びに受験願書の提出期限は、あらかじめ官報で告示する。

(准看護師試験の公示)

**第十九条** 准看護師試験を施行する場所及び期日並びに受験願書の提出期限は、あらかじめ、都道府県知事が公示する。

(保健師国家試験の試験科目)

**第二十条** 保健師国家試験は、次の科目について行う。

公衆衛生看護学  
疫学  
保健統計学  
保健医療福祉行政論

(助産師国家試験の試験科目)

**第二十一条** 助産師国家試験は、次の科目について行う。

基礎助産学  
助産診断・技術学  
地域母子保健  
助産管理

(看護師国家試験の試験科目)

**第二十二条** 看護師国家試験は、次の科目について行う。

人体の構造と機能  
疾病の成り立ちと回復の促進  
健康支援と社会保障制度  
基礎看護学  
地域・在宅看護論  
成人看護学  
老年看護学  
小児看護学  
母性看護学  
精神看護学  
看護の統合と実践

(准看護師試験の試験科目)

**第二十三条** 准看護師試験は、次の科目について行う。

人体の仕組みと働き  
栄養  
薬理  
疾病の成り立ち  
保健医療福祉の仕組み  
看護と法律  
基礎看護  
成人看護  
老年看護  
母子看護  
精神看護

(保健師国家試験の受験手続)

**第二十四条** 保健師国家試験を受けようとする者は、受験願書（第二号様式）に次に掲げる書類を添えて、厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 法第十九条第一号又は第二号に該当する者であるときは、修業証明書又は卒業証明書
- 二 法第十九条第三号に該当する者であるときは、外国の保健師学校を卒業し、又は外国において保健師免許を得たことを証する書面
- 三 写真（出願前六箇月以内に脱帽して正面から撮影した縦六センチメートル横四センチメートルのもので、その裏面には撮影年月日及び氏名を記載すること。）

(助産師国家試験の受験手続)

**第二十五条** 助産師国家試験を受けようとする者は、受験願書（第二号様式）に次に掲げる書類を添えて、厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 前条第三号に掲げる書類
- 二 法第二十条第一号又は第二号に該当する者であるときは、修業証明書又は卒業証明書
- 三 法第二十条第三号に該当する者であるときは、外国の助産師学校を卒業し、又は外国において助産師免許を得たことを証する書面

(看護師国家試験の受験手続)

**第二十六条** 看護師国家試験を受けようとする者は、受験願書（第二号様式）に次に掲げる書類を添えて、厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 第二十四条第三号に掲げる書類
- 二 法第二十一条第一号から第三号までに該当する者であるときは、修業証明書又は卒業証明書
- 三 法第二十一条第四号に該当する者であるときは、同条第一号から第三号までに規定する大学、学校又は養成所で二年以上修業したことを証する書面
- 四 法第二十一条第五号に該当する者であるときは、外国の看護師学校を卒業し、又は外国において看護師免許を得たことを証する書面

(准看護師試験の受験手続)

**第二十七条** 准看護師試験を受けようとする者は、受験願書（第二号様式に準ずる。）に次に掲げる書類を添えて、受験地の都道府県知事（法第二十七条第一項の規定により同項の指定試験機関が受験申請書の受理に関する事務を行う場合にあっては、当該指定試験機関）に提出しなければならない。

- 一 第二十四条第三号に掲げる書類
- 二 法第二十二条第一号又は第二号に該当する者であるときは、修業証明書又は卒業証明書
- 三 法第二十二条第三号に該当する者であるときは、前条第二号又は第四号に掲げる書類
- 四 法第二十二条第四号に該当する者であるときは、外国の看護師学校を卒業し、又は外国において看護師免許を得たことを証する書面

(保健師国家試験、助産師国家試験又は看護師国家試験の受験手数料)

**第二十八条** 保健師国家試験、助産師国家試験又は看護師国家試験の受験を出願する者は、手数料として五千四百円を納めなければならない。

(不正行為の禁止)

**第二十八条の二** 厚生労働大臣は、保健師国家試験、助産師国家試験又は看護師国家試験に関して不正の行為があつた場合には、当該不正行為に関係のある者について、その受験を停止させ、又はその試験を無効とすることができる。この場合においては、なお、その者について、期間を定めて試験を受けることを許さないことができる。

2 前項の規定は、准看護師試験に関して不正の行為があつた場合について準用する。この場合において、「厚生労働大臣」とあるのは、「都道府県知事」と読み替えるものとする。

(合格証書の交付)

**第二十九条** 保健師国家試験、助産師国家試験、看護師国家試験又は准看護師試験に合格した者には、合格証書を交付する。

(合格証明書の交付及び手数料)

**第三十条** 保健師国家試験、助産師国家試験、看護師国家試験又は准看護師試験に合格した者は、合格証明書の交付を申請することができる。

2 前項の規定によつて保健師国家試験、助産師国家試験又は看護師国家試験の合格証明書の交付を申請する者は、手数料として二千九百五十円を納めなければならない。

(手数料の納入方法)

**第三十一条** 第二十八条又は前条第二項の規定による出願又は申請をする者は、手数料の額に相当する収入印紙を願書又は申請書にはらなければならない。

(准看護師試験の受験資格に関する基準)

**第三十二条** 法第二十二条第四号の規定により、准看護師試験の受験資格を認める基準は、同条第一号又は第二号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有する者であることとする。

### 第三章 業務

(届出)

**第三十三条** 法第三十三条の厚生労働省令で定める二年ごとの年は、昭和五十七年を初年とする同年以後の二年ごとの各年とする。

2 法第三十三条の規定による届出は、第三号様式による届書を提出することによつて行うものとする。

3 前項の届出は、保健師業務、助産師業務又は看護師業務のうち、二以上の業務に従事する者にあつては、主として従事する業務について行うものとする。

(助産録の記載事項)

**第三十四条** 助産録には、次の事項を記載しなければならない。

- 一 妊産婦の住所、氏名、年齢及び職業
- 二 分べん回数及び生死産別
- 三 妊産婦の既往疾患の有無及びその経過
- 四 今回妊娠の経過、所見及び保健指導の要領
- 五 妊娠中医師による健康診断受診の有無（結核、性病に関する検査を含む。）
- 六 分べんの場所及び年月日時分
- 七 分べんの経過及び処置
- 八 分べん異常の有無、経過及び処置

- 九 児の教及び性別、生死別
- 十 児及び胎児附属物の所見
- 十一 産じよくの経過及びじよく婦、新生児の保健指導の要領
- 十二 産後の医師による健康診断の有無

#### 附 則 抄

- 1 この省令は、昭和二十六年九月一日から施行する。但し、第二十二条の規定は、昭和二十七年四月一日から施行する。
- 2 法第五十一条第一項に規定する者（以下「旧規則による保健婦」という。）、法第五十二条第一項に規定する者（以下「旧規則による助産婦」という。）及び法第五十三条第一項に規定する者（以下「旧規則による看護婦」という。）については、第一章及び第二章中准看護師に関する規定（旧規則による助産婦については、免許証に関する規定を除く。）を準用する。この場合において、「准看護師籍」とあるのは「保健婦籍」、「助産婦名簿」又は「看護婦籍」と、「免許証」とあるのは旧規則による保健婦については「保健婦免状」と、旧規則による看護婦については「看護婦免状」と読み替えるものとする。
- 3 旧規則による保健婦、旧規則による助産婦又は旧規則による看護婦については、第三十三条の規定を準用する。
- 4 前二項に規定するもののほか、旧規則による助産婦については、第三十四条の規定を準用する。
- 5 旧規則による保健婦、旧規則による助産婦又は旧規則による看護婦が、法第七条の規定により、厚生労働大臣の免許を受けようとするときは、第一条の三に規定する申請書及び書類のほか、保健婦免状の写、助産婦名簿の謄本又は看護婦免状の写を提出しなければならない。
- 6 旧規則による保健婦、旧規則による助産婦又は旧規則による看護婦が、法第五十一条第三項、法第五十二条第三項又は法第五十三条第三項の規定により、厚生労働大臣の免許を受けようとするときは、申請書（第一号様式、第一号の二様式又は第一号の三様式）に次の書類を添え、厚生労働大臣に提出しなければならない。
  - 一 保健婦免状の写、助産婦名簿の謄本又は看護婦免状の写
  - 二 第一条の三第二項第四号及び第五号に掲げる書類
- 7 法第五十三条第一項に規定する者が、同条第四項の規定によつて保健師国家試験を受けようとするときは、第二十四条の規定にかかわらず、受験願書（第二号様式）に次に掲げる書類を添えて、厚生労働大臣に提出しなければならない。
  - 一 第二十四条第一号及び第三号に掲げる書類
  - 二 看護婦免許証の写又は看護婦免状の写
- 8 法第五十三条第一項に規定する者が、同条第五項の規定によつて助産師国家試験を受けようとするときは、第二十五条の規定にかかわらず、受験願書（第二号様式）に次に掲げる書類を添えて、厚生労働大臣に提出しなければならない。
  - 一 第二十四条第三号に掲げる書類
  - 二 第二十五条第二号に掲げる書類
  - 三 前項第二号に掲げる書類

#### 附 則（昭和二六年一二月一七日厚生省令第四八号）

- 1 この省令は、公布の日から施行する。
- 2 都道府県知事の看護婦免許を受けた者の講習等に関する省令（昭和二十六年厚生省令第三十一号）は、廃止する。

#### 附 則（昭和二七年一二月二三日厚生省令第五二号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和二八年八月二八日厚生省令第三七号）

この省令は、公布の日から施行し、昭和二十八年八月十日から適用する。

#### 附 則（昭和二九年五月四日厚生省令第二〇号）抄

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和二九年七月一七日厚生省令第四一号）

この省令は、公布の日から施行し、昭和二十九年五月一日から適用する。

#### 附 則（昭和二九年八月一七日厚生省令第五一号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和三三年二月六日厚生省令第二号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和三七年五月二一日厚生省令第二三号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和四二年七月二六日厚生省令第二四号）

この省令は、昭和四十二年八月一日から施行する。

#### 附 則（昭和四二年八月一日厚生省令第二五号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和四五年一二月一〇日厚生省令第五九号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和四六年九月二九日厚生省令第三六号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和五〇年一二月八日厚生省令第四〇号）

この省令は、昭和五十年十一月十日から施行する。

#### 附 則（昭和五一年三月三一日厚生省令第一〇号）

- 1 この省令は、昭和五十一年四月十日から施行する。
- 2 歯科衛生士、准看護師及び歯科技工士に係る免許申請書、受験願書又は履歴書の書式又は様式については、この省令による改正後の歯科衛生士法施行規則第一号書式、第三号書式及び第四号書式、保健師助産師看護師法施行規則第一号様式、第二号様式及び第三号様式並びに歯科技工法施行規則様式第一号、様式第四号及び様式第五号の規定にかかわらず、当分の間、なお従前の例によることができる。

#### 附 則（昭和五三年三月二九日厚生省令第一一号）

この省令は、昭和五十三年四月一日から施行する。

#### 附 則（昭和五三年八月一七日厚生省令第五二号）

この省令は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和五六年三月三一日厚生省令第二二号）抄

(施行期日)

- 1 この省令は、昭和五十六年四月一日から施行する。  
**附 則 (昭和五十六年五月二五日厚生省令第三四号)**  
 この省令は、公布の日から施行する。  
**附 則 (昭和五十七年九月一八日厚生省令第四四号) 抄**  
 この省令は、公布の日から施行する。  
**附 則 (昭和五十九年四月一三日厚生省令第二五号)**  
 この省令は、昭和五十九年四月二十日から施行する。  
**附 則 (昭和六十二年三月二三日厚生省令第一四号)**  
 この省令は、昭和六十二年四月一日から施行する。  
**附 則 (昭和六十三年一月一九日厚生省令第二号)**  
 この省令は、昭和六十三年一月二十日から施行する。  
**附 則 (平成元年三月二四日厚生省令第一〇号) 抄**
- 1 この省令は、公布の日から施行する。
- 2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式(以下「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙及び板については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 4 この省令による改正後の省令の規定にかかわらず、この省令により改正された規定であって改正後の様式により記載することが適当でないものについては、当分の間、なお従前の例による。  
**附 則 (平成元年九月一四日厚生省令第三九号)**  
 この省令は、公布の日より施行する。  
**附 則 (平成二年三月二七日厚生省令第一三三号)**  
 この省令は、平成二年四月一日から施行する。  
**附 則 (平成三年三月一九日厚生省令第一〇号)**  
 この省令は、平成三年四月一日から施行する。  
**附 則 (平成三年三月二七日厚生省令第一五号)**  
 この省令は、平成三年四月一日から施行する。  
**附 則 (平成三年三月二八日厚生省令第一七号)**
- 1 この省令は、平成三年四月一日から施行する。
- 2 保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部を改正する省令(平成元年文部省・厚生省令第一号。以下「改正省令」という。)附則第二項の規定により、改正省令による改正前の保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則(昭和二十六年文部省・厚生省令第一号)別表三、別表三の二又は別表四のいずれかに定める教育の内容を修習した者に係る看護婦国家試験又は准看護婦試験の科目は、この省令による改正後の第二十二條又は第二十三條の規定にかかわらず、平成五年三月三十一日までの間、なお従前の例による。  
**附 則 (平成三年一二月一六日厚生省令第五六号)**  
 この省令は、公布の日から施行する。  
**附 則 (平成五年一二月二六日厚生省令第四八号)**
- 1 この省令は、保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律の施行の日(平成五年十一月二十九日)から施行する。
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。  
**附 則 (平成六年二月二八日厚生省令第六号)**
- 1 この省令は、平成六年四月一日から施行する。
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを使用することができる。  
**附 則 (平成六年三月三〇日厚生省令第一九号)**  
 この省令は、平成六年四月一日から施行する。  
**附 則 (平成八年九月二〇日厚生省令第五五号)**
- 1 この省令は、公布の日から施行する。
- 2 この省令の施行の際現にある改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。  
**附 則 (平成九年三月一九日厚生省令第一三三号)**  
 この省令は、平成九年四月一日から施行する。  
**附 則 (平成九年三月二七日厚生省令第二五号)**  
 この省令は、平成九年四月一日から施行する。  
**附 則 (平成一一年一月一一日厚生省令第二号)**
- 1 この省令は、公布の日から施行する。
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。  
**附 則 (平成一一年三月二五日厚生省令第二四号)**
- 1 この省令は、平成十一年四月一日から施行する。
- 2 保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部を改正する省令(平成八年文部省・厚生省令第一号)による改正前の保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則(昭和二十六年文部省・厚生省令第一号)別表三に定める教育の内容を修習した者又は保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部を改正する省令(平成十年文部省・厚生省令第一号)による改正前の保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則別表三の二に定める教育の内容を修習した者に係る看護婦国家試験の科目は、この省令による改正後の第二十二條の規定にかかわらず、平成十三年三月三十一日までの間、なお従前の例による。  
**附 則 (平成一一年三月二六日厚生省令第二六号)**
- 1 この省令は、平成十一年四月一日から施行する。
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。  
**附 則 (平成一一年一二月一日厚生省令第九一號) 抄**

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

**附 則 (平成一二年三月三〇日厚生省令第五五号)**

この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

**附 則 (平成一二年一〇月二〇日厚生省令第一二七号) 抄**

(施行期日)

1 この省令は、内閣法の一部を改正する法律(平成十一年法律第八十八号)の施行の日(平成十三年一月六日)から施行する。

(様式に関する経過措置)

3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

4 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則 (平成一三年七月一三日厚生労働省令第一五二号)**

この省令は、障害者等に係る欠格事由の適正化等を図るための医師法等の一部を改正する法律の施行の日(平成十三年七月十六日)から施行する。

**附 則 (平成一四年二月二二日厚生労働省令第一四号)**

1 この省令は、保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律の施行の日(平成十四年三月一日)から施行する。

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則 (平成一五年三月二七日厚生労働省令第五五号)**

1 この省令は、平成十五年四月一日から施行する。

2 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令(平成十一年文部省・厚生省令第五号)による改正前の保健師助産師看護師学校養成所指定規則(昭和二十六年文部省・厚生省令第一号)別表四に定める教育の内容を修習した者に係る准看護師試験の科目は、この省令による改正後の第二十三条の規定にかかわらず、平成十七年三月三十一日までの間、なお従前の例による。

**附 則 (平成一六年三月二六日厚生労働省令第四七号)**

この省令は、平成十六年三月二十九日から施行する。

**附 則 (平成一八年一二月二六日厚生労働省令第一九六号)**

この省令は、公布の日から施行する。

**附 則 (平成一九年三月二〇日厚生労働省令第二一号) 抄**

(施行期日)

**第一条** この省令は、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の施行の日(平成十九年四月一日)から施行する。

(経過措置)

**第二条** この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則 (平成二〇年三月二六日厚生労働省令第五一号)**

この省令は、平成二十年四月一日から施行する。

**附 則 (平成二二年四月一日厚生労働省令第五七号)**

この省令は、公布の日から施行する。

**附 則 (平成二三年一月六日厚生労働省令第一号)**

この省令は、平成二十三年四月一日から施行する。ただし、第二十条の改正規定は、平成二十四年四月一日から施行する。

**附 則 (平成二五年一月九日厚生労働省令第二号)**

この省令は、公布の日から施行する。

**附 則 (平成二八年二月三日厚生労働省令第一二号)**

この省令は、平成二十八年四月一日から施行する。

**附 則 (平成二八年四月八日厚生労働省令第九一号)**

この省令は、公布の日から施行する。

**附 則 (平成三〇年一〇月一九日厚生労働省令第一二九号)**

この省令は、公布の日から施行する。

**附 則 (平成三〇年一一月九日厚生労働省令第一三一号)**

(施行期日)

1 この省令は、平成三十一年一月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則 (平成三〇年一一月三〇日厚生労働省令第一三九号) 抄**

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成三十一年一月一日から施行する。

**附 則 (平成三一年三月一八日厚生労働省令第二四号)**

この省令は、平成三十一年四月一日から施行する。

**附 則 (令和元年五月七日厚生労働省令第一号) 抄**

(施行期日)

**第一条** この省令は、公布の日から施行する。

(経過措置)

**第二条** この省令による改正前のそれぞれの省令で定める様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後のそれぞれの省令で定める様式によるものとみなす。

2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則（令和元年六月二八日厚生労働省令第二〇号） 抄**

（施行期日）

**第一条** この省令は、不正競争防止法等の一部を改正する法律の施行の日（令和元年七月一日）から施行する。

（様式に関する経過措置）

**第二条** この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則（令和二年一〇月三〇日厚生労働省令第一七九号）**

この省令は令和五年四月一日から施行する。ただし、第二十二條の改正規定は、令和六年四月一日から施行する。

**附 則（令和二年一二月二二日厚生労働省令第二〇四号）**

（施行期日）

1 この省令は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の保健師助産師看護師法施行規則第一号の四書式から第一号の十二書式まで（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、それぞれこの省令による改正後の保健師助産師看護師法施行規則第一号の四書式から第一号の十二書式までによるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則（令和二年一二月二五日厚生労働省令第二〇八号） 抄**

（施行期日）

**第一条** この省令は、公布の日から施行する。

（経過措置）

**第二条** この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則（令和四年七月二八日厚生労働省令第一〇七号） 抄**

（施行期日）

**第一条** この省令は、公布の日から施行する。

（経過措置）

**第二条** この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則（令和四年八月一七日厚生労働省令第一一〇号）**

この省令は、公布の日から施行する。

**附 則（令和五年一〇月二四日厚生労働省令第一三二号）**

この省令は、令和六年四月一日から施行する。



第一号様式（第一条の三、附則第六項関係）

|          |       |                           |
|----------|-------|---------------------------|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号  | 収入印紙欄<br>(収入印紙は消印しないで下さい) |
|          | 登録年月日 |                           |

ホチキス位置

第一号様式（第一条の三、附則第六項関係）

|           |    |   |   |    |   |   |           |     |      |        |  |
|-----------|----|---|---|----|---|---|-----------|-----|------|--------|--|
| 保健師 免許申請書 |    |   |   |    |   |   |           |     |      | 受験地コード |  |
| 平成        | 令和 | 年 | 月 | 施行 | 第 | 回 | 保健師国家試験合格 | 受験地 | 受験番号 |        |  |

|             |         |         |    |    |   |   |   |                |      |        |   |   |
|-------------|---------|---------|----|----|---|---|---|----------------|------|--------|---|---|
| 該当者のみ記入すること | 旧規則     | 免状下付年月日 | 昭和 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 免状下付都道府県       | 都道府県 | 免状下付番号 | 第 | 号 |
|             | 米国民政府布令 | 免状交付年月日 | 昭和 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 米国民政府布令36・162号 |      | 免状交付番号 | 第 | 号 |

- 1～6の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。
- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 保健師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)  
有・無 第 \_\_\_\_\_ 号 / 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月施行第 \_\_\_\_\_ 回看護師国家試験合格 受験地 \_\_\_\_\_ 受験番号 \_\_\_\_\_
  - 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 過去に保健師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 上記により、保健師免許を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

|        |   |
|--------|---|
| 本籍(国籍) | 都道府県  |
| 住所     | 〒 _____ 都道府県 _____                          |
| 電話     | ( _____ ) _____                             |
| ふりがな   | (氏) _____ (名) _____                         |
| 氏名     | _____ (旧姓) _____                            |
| 通称名    | _____                                       |
| 生年月日   | 昭和 _____ 平成 _____ 西 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

|    |   |
|----|---|
| 性別 | 男 |
|    | 女 |

厚生労働大臣 殿

|           |          |         |
|-----------|----------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
|           | 都道府県コード  |         |

|          |       |                           |
|----------|-------|---------------------------|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号  | 収入印紙欄<br>(収入印紙は消印しないで下さい) |
|          | 登録年月日 |                           |

ホチキス位置

第一号の二様式（第一条の三、附則第六項関係）

助産師 免許申請書

|          |   |   |     |   |           |     |      |        |
|----------|---|---|-----|---|-----------|-----|------|--------|
| 平成<br>令和 | 年 | 月 | 施行第 | 回 | 助産師国家試験合格 | 受験地 | 受験番号 | 受験地コード |
|----------|---|---|-----|---|-----------|-----|------|--------|

|             |         |         |          |     |                |      |        |   |   |
|-------------|---------|---------|----------|-----|----------------|------|--------|---|---|
| 該当者のみ記入すること | 旧規則     | 免状下付年月日 | 昭和<br>平成 | 年月日 | 免状下付都道府県       | 都道府県 | 免状下付番号 | 第 | 号 |
|             | 米国民政府布令 | 免許交付年月日 | 昭和<br>平成 | 年月日 | 米国民政府布令36・162号 |      | 免許交付番号 | 第 | 号 |

- 1～6の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。
- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 助産師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)  
有・無 第 \_\_\_\_\_ 号 / 昭和 \_\_\_\_\_ 年 月 施行第 \_\_\_\_\_ 回看護師国家試験合格 受験地 \_\_\_\_\_ 受験番号 \_\_\_\_\_
  - 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 過去に助産師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)  
有・無 \_\_\_\_\_

上記により、助産師免許を申請します。

|            |               |
|------------|---------------|
| 本籍<br>(国籍) | 都道府県          |
| 住所         | 〒 都道府県        |
| 電話         | ( )           |
| ふりがな       | (氏) (名)       |
| 氏名         | (旧姓)          |
| 通称名        |               |
| 生年月日       | 昭和<br>平成<br>西 |
|            | 年 月 日         |

|    |   |
|----|---|
| 性別 | 男 |
|    | 女 |

厚生労働大臣 殿

|           |          |         |
|-----------|----------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
|           | 都道府県コード  |         |

|          |       |                           |
|----------|-------|---------------------------|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号  | 収入印紙欄<br>(収入印紙は消印しないで下さい) |
|          | 登録年月日 |                           |



第一号の三様式（第一条の三、附則第六項関係）

|                 |  |   |   |    |   |  |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |  |
|-----------------|--|---|---|----|---|--|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|--|--|
| 看 護 師 免 許 申 請 書 |  |   |   |    |   |  |   |   |   | 受験地コード |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |  |
| 平成              |  | 年 | 月 | 施行 | 第 |  | 回 | 看 | 護 | 師      | 国 | 家 | 試 | 験 | 合 | 格 | 受 | 験 | 地 |  | 受 | 験 | 番 | 号 |  |  |

|             |                  |         |    |    |   |   |   |                |      |        |   |   |
|-------------|------------------|---------|----|----|---|---|---|----------------|------|--------|---|---|
| 該当者のみ記入すること | 田 規 則<br>米国民政府布令 | 免状下付年月日 | 昭和 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 免状下付都道府県       | 都道府県 | 免状下付番号 | 第 | 号 |
|             |                  | 免許交付年月日 | 昭和 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 米国民政府布令36・162号 |      | 免許交付番号 | 第 | 号 |

- 1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。
- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 看護師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 過去に看護師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)  
有・無 \_\_\_\_\_

上記により、看護師免許を申請します。  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| 本籍<br>(国籍) | 都道府県                  |
| 住所         | 都道府県                  |
| 電 話        | ( )                   |
| ふりがな       | (氏) (名)               |
| 氏 名        | (旧姓)                  |
|            |                       |
| 通 称 名      |                       |
| 生 年 月 日    | 昭和 平成 西 和 成 和 暦 年 月 日 |

|     |   |
|-----|---|
| 性 別 | 男 |
|     | 女 |

厚生労働大臣 殿

|           |          |         |
|-----------|----------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
|           | 都道府県コード  |         |

第一号の四書式(第十三条関係)

|                                   |     |                         |               |       |    |   |   |   |
|-----------------------------------|-----|-------------------------|---------------|-------|----|---|---|---|
| ※ 登録番号                            |     | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと。) |               |       |    |   |   |   |
| ※ 登録年月日                           |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 再教育研修修了登録証申請書                     |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 保健師籍<br>登録番号                      | 第   | 号                       | 保健師籍<br>登録年月日 | 大正    | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
|                                   |     |                         |               | 平成    |    |   |   |   |
|                                   |     |                         |               | 令和    |    |   |   |   |
| 1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日              |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 開始年月日                             |     |                         |               | 修了年月日 |    |   |   |   |
| 平成                                | 年   | 月                       | 日             | 平成    | 年  | 月 | 日 | 日 |
| 令和                                |     |                         |               | 令和    |    |   |   |   |
|                                   |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名 |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 助言指導者の氏名                          |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 上記により、再教育研修修了登録証を申請します。           |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 令和 年 月 日                          |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 本 籍                               | 都 道 |                         |               |       |    |   |   |   |
| ( 国 籍 )                           | 府 県 |                         |               |       |    |   |   |   |
| 郵便番号                              | —   |                         | 電話番号          | ( )   |    |   |   |   |
| 住 所                               | 都 道 |                         |               |       |    |   |   |   |
|                                   | 府 県 |                         |               |       |    |   |   |   |
| ふ り が な                           | (氏) |                         |               | (名)   |    |   |   |   |
| 氏 名                               |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 通 称 名                             |     |                         |               |       |    |   |   |   |
| 生 年 月 日                           | 昭 和 | 平 成                     | 年             | 月     | 日  |   |   |   |
|                                   | 西 暦 |                         |               |       |    |   |   |   |
| 厚生労働大臣 殿                          |     |                         |               |       |    |   |   |   |

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 用紙の大きさは、A4とすること。

第一号の五書式(第十三条関係)

|                                   |                          |                         |               |                      |   |   |   |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|----------------------|---|---|---|
| ※ 登録番号                            |                          | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと。) |               |                      |   |   |   |
| ※ 登録年月日                           |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 再教育研修修了登録証申請書                     |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 助産師籍<br>登録番号                      | 第                        | 号                       | 助産師籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 |
| 1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日              |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 開始年月日                             |                          |                         |               | 修了年月日                |   |   |   |
| 平成<br>令和                          | 年                        | 月                       | 日             | 平成<br>令和             | 年 | 月 | 日 |
| 2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名 |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 助言指導者の氏名                          |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 上記により、再教育研修修了登録証を申請します。           |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 令和 年 月 日                          |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 本<br>(国籍)                         | 籍                        | 都道<br>府県                |               |                      |   |   |   |
| 郵便番号                              | —                        | 電話番号                    | ( )           |                      |   |   |   |
| 住 所                               | 都道<br>府県                 |                         |               |                      |   |   |   |
| ふりがな                              | (氏)                      | (名)                     |               |                      |   |   |   |
| 氏 名                               |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 通 称 名                             |                          |                         |               |                      |   |   |   |
| 生 年 月 日                           | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年                       | 月             | 日                    |   |   |   |
| 厚生労働大臣 殿                          |                          |                         |               |                      |   |   |   |

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 用紙の大きさは、A4とすること。

## 第一号の六書式(第十三条関係)

|                                   |                          |                        |               |                      |   |   |          |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|---------------|----------------------|---|---|----------|
| ※ 登録番号                            |                          | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと) |               |                      |   |   |          |
| ※ 登録年月日                           |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 再教育研修修了登録証申請書                     |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 看護師籍<br>登録番号                      | 第                        | 号                      | 看護師籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日        |
| 1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日              |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 開始年月日                             |                          |                        |               | 修了年月日                |   |   |          |
| 平成<br>令和                          | 年                        | 月                      | 日             | 平成<br>令和             | 年 | 月 | 日        |
| 2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名 |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 助言指導者の氏名                          |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 上記により、再教育研修修了登録証を申請します。           |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 令和 年 月 日                          |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 本 籍<br>(国籍)                       |                          |                        |               |                      |   |   | 都道<br>府県 |
| 郵便番号                              | —                        | 電話番号                   | ( )           |                      |   |   |          |
| 住 所                               | 都道<br>府県                 |                        |               |                      |   |   |          |
| ふりがな                              | (氏)                      |                        |               | (名)                  |   |   |          |
| 氏 名                               |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 通 称 名                             |                          |                        |               |                      |   |   |          |
| 生 年 月 日                           | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年                      | 月             | 日                    |   |   |          |
| 厚生労働大臣 殿                          |                          |                        |               |                      |   |   |          |

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 用紙の大きさは、A4とすること。

第一号の七書式（第十四条関係）

第一号の七書式(第十四条関係)

|                              |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----|----|---|---|---|--|
| ※ 登録番号                       |                          | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと。) |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| ※ 登録年月日                      |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 再教育研修修了登録証書換交付申請書            |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 保健師籍<br>登録番号                 | 第                        | 号                       | 保健師籍<br>登録年月日            | 大正           | 昭和                       | 平成  | 令和 | 年 | 月 | 日 |  |
|                              |                          |                         |                          | 再教育研修修了登録年月日 | 平成                       | 令和  | 年  | 月 | 日 |   |  |
| 変更を生じた事項                     |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
|                              | 変 更 前                    |                         | 変 更 後 (第 1 回)            |              | 変 更 後 (第 2 回)            |     |    |   |   |   |  |
| 本 籍<br>( 国 籍 )               | 都 道<br>府 県               |                         | 都 道<br>府 県               |              | 都 道<br>府 県               |     |    |   |   |   |  |
| ふりがな                         | (氏)                      | (名)                     | (氏)                      | (名)          | (氏)                      | (名) |    |   |   |   |  |
| 氏 名                          |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 通 称 名                        |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 性 別                          | 男 ・ 女                    |                         | 男 ・ 女                    |              | 男 ・ 女                    |     |    |   |   |   |  |
| 生 年 月 日                      | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年<br>月<br>日             | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年<br>月<br>日  |                          |     |    |   |   |   |  |
| 上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。 |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 令和 年 月 日                     |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 郵便番号                         | —                        | 電話番号                    | ( )                      |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 住 所                          | 都 道<br>府 県               |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |
| 氏 名                          |                          |                         |                          | 生 年 月 日      | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年   | 月  | 日 |   |   |  |
| 厚生労働大臣 殿                     |                          |                         |                          |              |                          |     |    |   |   |   |  |

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 用紙の大きさは、A4とすること。





第一号の九書式（第十四条関係）

第一号の九書式(第十四条関係)

|                              |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|---------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-----|---|---|--|--|
| ※ 登録番号                       |                          | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと。) |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| ※ 登録年月日                      |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 再教育研修修了登録証書換交付申請書            |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 看護師籍<br>登録番号                 | 第                        | 号                       | 看護師籍<br>登録年月日 | 大正            | 昭和                       | 平成                       | 令和            | 年   | 月 | 日 |  |  |
|                              |                          |                         |               | 再教育研修修了登録年月日  | 平成                       | 令和                       | 年             | 月   | 日 |   |  |  |
| 変更を生じた事項                     |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
|                              | 変 更 前                    |                         |               | 変 更 後 (第 1 回) |                          |                          | 変 更 後 (第 2 回) |     |   |   |  |  |
| 本 籍<br>( 国 籍 )               | 都 道<br>府 県               |                         |               | 都 道<br>府 県    |                          |                          | 都 道<br>府 県    |     |   |   |  |  |
| ふりがな                         | (氏)                      | (名)                     |               | (氏)           | (名)                      |                          | (氏)           | (名) |   |   |  |  |
| 氏 名                          |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 通 称 名                        |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 性 別                          | 男 ・ 女                    |                         |               | 男 ・ 女         |                          |                          | 男 ・ 女         |     |   |   |  |  |
| 生 年 月 日                      | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年                       | 月             | 日             | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年                        | 月             | 日   |   |   |  |  |
| 上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。 |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 令和 年 月 日                     |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 郵便番号                         | —                        | 電話番号                    | ( )           |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 住 所                          | 都 道<br>府 県               |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |
| 氏 名                          |                          |                         |               |               | 生 年 月 日                  | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年             | 月   | 日 |   |  |  |
| 厚生労働大臣 殿                     |                          |                         |               |               |                          |                          |               |     |   |   |  |  |

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 用紙の大きさは、A4とすること。

## 第一号の十書式(第十五条関係)

|   |  |   |
|---|--|---|
| ※ 登録番号  |  | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと。)   |
| ※ 登録年月日   |  |   |
| 再教育研修修了登録証再交付申請書                                    |  |   |
| 保健師籍<br>登録番号  | 第      号   | 保健師籍<br>登録年月日<br>大正      年      月      日<br>昭和      年      月      日<br>平成      年      月      日<br>令和      年      月      日 |
| 本 籍<br>(国 籍)  | 都 道<br>府 県   | 再教育研修修<br>了登録年月日<br>平成      年      月      日<br>令和      年      月      日  |
| ふ り が な   | (氏)  | (名)   |
| 氏 名   |  |   |
| 通 称 名   |  |   |
| 性別  | 男<br>女   |   |
| 生 年 月 日   | 昭 和      年      月      日<br>平 成      年      月      日<br>西 暦      年      月      日 |   |
| 上記の再教育研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。 |  |   |
| 令和      年      月      日                             |  |   |
| 郵便番号  | 電話番号   | (      )  |
| 住 所   | 都 道<br>府 県   |   |
| 氏 名   |  |   |
| 厚生労働大臣 殿  |  |   |

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 用紙の大きさは、A4とすること。

第一号の十一書式（第十五条関係）

|   |                          |                         |                      |   |   |   |
|---|--------------------------|-------------------------|----------------------|---|---|---|
| ※ 登録番号  |                          | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと。) |                      |   |   |   |
| ※ 登録年月日   |                          |                         |                      |   |   |   |
| 再教育研修修了登録証再交付申請書                                    |                          |                         |                      |   |   |   |
| 助産師籍<br>登録番号  | 第 _____ 号                | 助産師籍<br>登録年月日           | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 |
| 本 籍<br>(国 籍)  | 都 道<br>府 県               | 再教育研修修<br>了登録年月日        | 平成<br>令和             | 年 | 月 | 日 |
| ふ り が な   | (氏)                      | (名)                     |                      |   |   |   |
| 氏 名   |                          |                         |                      |   |   |   |
| 通 称 名   |                          |                         |                      |   |   |   |
| 生 年 月 日   | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年                       | 月                    | 日 |   |   |
| 上記の再教育研修修了登録証を(破つた・汚した・失つた)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。 |                          |                         |                      |   |   |   |
| 令和 年 月 日  |                          |                         |                      |   |   |   |
| 郵便番号  | 電話番号                     | ( )                     |                      |   |   |   |
| 住 所   | 都 道<br>府 県               |                         |                      |   |   |   |
| 氏 名   |                          |                         |                      |   |   |   |
| 厚生労働大臣 殿  |                          |                         |                      |   |   |   |

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを使い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 用紙の大きさは、A4とすること。

## 第一号の十二書式（第十五条関係）

|  |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
|--|--------------------------------------|-------------------------|---|----------------------|----------|---|---|---|----|---|---|
| ※ 登録番号   |                                      | 収 入 印 紙 欄<br>(消印しないこと。) |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| ※ 登録年月日  |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 再教育研修修了登録証再交付申請書   |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 看護師籍<br>登録番号   | 第                                    | 号                       | 看護師籍<br>登録年月日   | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年        | 月 | 日 |   |    |   |   |
| 本籍<br>(国籍)   | 都道<br>府県                             |                         |   | 再教育研修修了登録年月日         | 平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 |    |   |   |
| ふりがな   | (氏)                                  | (名)                     | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td rowspan="2" style="padding: 5px;">性別</td> <td style="padding: 5px;">男</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">女</td> </tr> </table> |                      |          |   |   |   | 性別 | 男 | 女 |
| 性別   | 男                                    |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
|  | 女                                    |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 氏名   |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 通称名  |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 生年月日   | 昭<br>和<br>平<br>成<br>令<br>和<br>西<br>暦 | 年                       | 月   | 日                    |          |   |   |   |    |   |   |
| <p>上記の再教育研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 郵便番号   | 電話番号                                 | ( )                     |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 住所   | 都道<br>府県                             |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 氏名   |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |
| 厚生労働大臣 殿   |                                      |                         |   |                      |          |   |   |   |    |   |   |

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 用紙の大きさは、A4とすること。

## 第二号様式（第二十四条、第二十五条、第二十六条、附則第七項、附則第八項関係）

第二号様式(第二十四条、第二十五条、第二十六条、附則第七項、附則第八項関係)

保健師(助産師、看護師)国家試験願書

収入  
印紙

受験地

|             |  |        |  |
|-------------|--|--------|--|
| 本籍(国籍)      |  |        |  |
| 住 所         | 電話 ( )   |        |  |
| ふりがな<br>氏 名 |  | 年 月 日生 |  |
| 学 歴         | <p>（ 中学校若しくは義務教育学校卒業又は中等教育学校前期課程修了から記入してください。）</p> |        |  |
| 職 歴         |  |        |  |

上記により、保健師(助産師、看護師)国家試験を受験したいので申請します。

令和 年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

- (注意) 1 用紙の大きさは、A4とすること。  
 2 字は、インク、ボールペン等(黒又は青に限る。)を用い、かい書ではつきりと書くこと。  
 3 収入印紙には、消印をしないこと。

## 第三号様式（第三十三条関係）

## 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<br>年 月 日<br>( 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<br>(ア 有床 イ 無床 )  |                 |  |
|           | 3 助産所<br>分娩の取扱いあり<br>(ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者 )<br>分娩の取扱いなし<br>(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<br>(ア 管理者 イ 従事者 )   |                 |  |
|           | 5 介護保険施設等<br>(ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院<br>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<br>オ 居宅介護支援事業所 カ その他 ) |                 |  |
|           | 6 社会福祉施設<br>(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<br>(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<br>( — — ) |  |
| 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)<br>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<br>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<br>エ その他)<br>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<br>エ その他)<br>3 従事期間2年以上 |                    |                      |                      |           |                             |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |
| 看護師の<br>特定行為<br>研修の<br>修了状況   | 特定行為研修の修了の有無   |  |                    |                      |                      |           |                             |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |
|   | 指定研修機関番号   |  |                    |                      |                      |           |                             |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |
|   | 1. 有 2. 無  |  |                    |                      |                      |           |                             |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |
|   | 修了した特定行為区分   |  |                    |                      |                      |           |                             |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |
|   | <table border="0"> <tr> <td>1 呼吸器(気道確保に係るもの)関連</td> <td>2 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連</td> </tr> <tr> <td>3 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連</td> <td>4 循環器関連</td> </tr> <tr> <td>5 心<sup>のう</sup>嚢ドレーン管理関連</td> <td>6 胸腔ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>7 腹腔ドレーン管理関連</td> <td>8 ろう孔管理関連</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>11 創傷管理関連</td> <td>12 創部ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>13 動脈血液ガス分析関連</td> <td>14 透析管理関連</td> </tr> <tr> <td>15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</td> <td>16 感染に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連</td> <td>18 術後<sup>とう</sup>疼痛管理関連</td> </tr> <tr> <td>19 循環動態に係る薬剤投与関連</td> <td>20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連</td> <td></td> </tr> </table> |  | 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 <sup>のう</sup> 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 <sup>とう</sup> 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 |  |
|   | 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 <sup>のう</sup> 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 <sup>とう</sup> 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  |  |  |                    |                      |                      |           |                             |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>1 在宅・慢性期領域</td> <td>2 外科術後病棟管理領域</td> </tr> <tr> <td>3 術中麻酔管理領域</td> <td>4 救急領域</td> </tr> <tr> <td>5 外科系基本領域</td> <td>6 集中治療領域</td> </tr> </table> |  | 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                    |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |
| 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  |  |  |                    |                      |                      |           |                             |              |              |           |                               |  |           |               |               |           |                      |                |                      |                            |                  |                      |                  |  |

(注意)

- 1 該当する文字又は数字を○で囲むこと。
- 2 年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。
- 3 「免許の種別」の欄は、保有する全ての免許について記載すること。
- 4 「主たる業務」の欄は、保健師免許、助産師免許及び看護師免許のうち2以上の免許を有する場合について、その主たる業務の一つについて記載すること。
- 5 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所で業務に従事している場合については、その主たるもの一つについて記載すること。
- 6 「3 助産所」の「分娩の取扱いあり」「分娩の取扱いなし」については、分娩取扱いの実績の有無にかかわらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩の取扱いあり」の項目に記載すること。
- 7 事業所内に設置された診療所については、「2 診療所」ではなく「8 事業所」に含むものとする。
- 8 「5 介護保険施設等」は、「1 病院」、「2 診療所」及び「4 訪問看護ステーション」に該当するものを除くものとする。
- 9 「6 社会福祉施設」は、「1 病院」から「5 介護保険施設等」までに該当するものを除くものとする。
- 10 「雇用形態」は、次により記載すること。
  - ・ 「1 正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者を指すこと。
  - ・ 「2 非正規雇用(1又は3に該当しない者)」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員

など名称にかかわらず、「1 正規雇用」「3 派遣(紹介予定派遣を含む)」に該当しない者を指すこと。

- ・ 「3 派遣(紹介予定派遣を含む)」とは、派遣会社から派遣されている者を指すこと。
- 11 「常勤換算」は、「雇用形態」にかかわらず、次により記載すること。
- ・ 「1 フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40時間程度(1日8時間・週5日勤務等)の者を指すこと。
  - ・ 「2 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指すこと。
  - ・ また、( )は常勤換算した数値を記入すること。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入することとするが、0.1に満たない場合は0.1と記入すること。

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間 当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1 週間当たりの所定労働 時間}}$$

例) フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、  
 ①週2日8時間勤務の場合(アルバイト等)  
 ②週5日6時間勤務の場合(育児短時間勤務等)

$$\begin{array}{l} \text{①} 8\text{時間} \times 2\text{日} \\ \text{②} 6\text{時間} \times 5\text{日} \quad \text{①} \quad 0.4\text{人} \\ \hline 40\text{時間} \quad \quad \quad \text{②} \quad 0.8\text{人} \end{array}$$

- 12 「従事開始の理由」は、次により記載すること。
- ・ 「ア 新規」とは、免許取得後、初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合(ただし、2以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。)を指すこと。
  - ・ 「イ 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合(ただし、「ア 新規」を除く。)を指すこと。
  - ・ 「ウ 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合を指すこと。
  - ・ 「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」のいずれにも該当しない場合を指すこと。
- 13 「看護師の特定行為研修の修了状況」は、次のように記載すること。
- ・ 「看護師の特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「指定研修機関」とは、同項第5号に規定する特定行為研修を行う者を指すこと。また、「特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指し、「領域別パッケージ研修」とは、保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令(平成27年厚生労働省令第33号)別表第4の備考第5号に規定するとおり実施した研修を指すこと。
  - ・ 「修了した特定行為区分」の欄は、該当する全ての特定行為区分について記載すること。
  - ・ 「修了した領域別パッケージ研修」の欄は、該当する全ての領域について記載すること。