

○厚生労働省令第二百四号

保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第十六条及び第三十三条の規定に基づき、保健師助産師看護師法施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。

令和二年十二月二十二日

厚生労働大臣 田村 憲久

保健師助産師看護師法施行規則の一部を改正する省令

保健師助産師看護師法施行規則（昭和二十六年厚生省令第三十四号）の一部を次のように改正する。  
第一号の四書式から第一号の十二書式までを次のように改める。



※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

### 再教育研修修了登録証申請書

保健師籍 登録番号	第									号	保健師籍 登録年月日	大正	昭和	平成	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										平成									
令和		年		月					日	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 ( 国 籍 )	都 道 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		

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 和	平 成	令 和	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。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

再教育研修修了登録証申請書

助産師籍 登録番号	第							号	助産師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 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 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 ( 国 籍 )	都 道 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 令 和 西 暦								年			月			日
---------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

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

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

取 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

## 再教育研修修了登録証申請書

看護師籍 登録番号	第									号	看護師籍 登録年月日	大正									昭和									平成									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										令和										平成										令和										年										年										月										月										日										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 ( 国 籍 )	都 道 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		

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 和									平 成									令 和									西 暦									年									月									日
---------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

厚生労働大臣 殿

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

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

再教育研修修了登録証書換交付申請書

保健師籍 登録番号	第	号	保健師籍 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 ( 国 籍 )	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 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 平 成 令 和 西 暦	年 月 日	昭 和 平 成 令 和 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 府 県		
氏 名		生年月日	昭 和 平 成 令 和 西 暦 年 月 日

厚生労働大臣 殿

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

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

### 再教育研修修了登録証書換交付申請書

助産師籍登録番号	第					号	助産師籍登録年月日	大正							日
									昭和						
							再教育研修修了登録年月日	平成							日
								令和							

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 ( 国 籍 )	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏 名						
通 称 名						
生年月日	昭 和 平 成 令 和 西 暦			年		
				月		
				日		
	昭 和 平 成 令 和 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 府 県		
氏 名		生年月日	昭 和 平 成 令 和 西 暦
			年
			月
			日

厚生労働大臣 殿

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

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収入印紙欄			
（消印しないこと。）			

## 再教育研修修了登録証書換交付申請書

看護師籍登録番号	第								号	看護師籍登録年月日	大正					年	月	日
											昭和							
										再教育研修修了登録年月日	平成					年	月	日
											令和							

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（国籍）	都道府県	都道府県	都道府県
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 平成 令和 西暦	昭和 平成 令和 西暦	
	年 月 日	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	都道府県		
氏名		生年月日	昭和 平成 令和 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。





※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

### 再教育研修修了登録証再交付申請書

助産師籍登録番号	第					号	助産師籍登録年月日	大正							昭和						年				月				日
本籍 (国籍)						都道府県	再教育研修修了登録年月日	平成													年				月				日

ふりがな	(氏)		(名)	
氏名				
通称名				

生年月日	昭和						年						月				日
	平成																
	令和																
	西暦																

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	都道府県	
氏名		

厚生労働大臣 殿

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

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

### 再教育研修修了登録証再交付申請書

看護師籍登録番号	第						号	看護師籍登録年月日	大正								昭和							年						月					日
本籍(国籍)							都道 府県	再教育研修修了登録年月日	平成									令和							年						月				日

ふりがな	(氏)		(名)	
氏名				
通称名				

性別	男
	女

生年月日	昭和							年									月																日
	平成																																
	令和																																
	西暦																																

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。

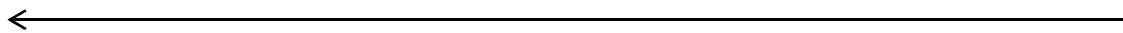
令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	( )
住所	都道 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			

	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																																				
	<table border="1"> <tr> <td>特定行為研修の修了の有無</td> <td>指定研修機関番号</td> </tr> <tr> <td>1. 有</td> <td>2. 無</td> </tr> <tr> <td colspan="2">修了した特定行為区分</td> </tr> <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 術後疼痛<sup>こ</sup>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> <tr> <td colspan="2">修了した領域別パッケージ研修</td> </tr> <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>	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		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 術後疼痛 <sup>こ</sup> 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
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																																					
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 術後疼痛 <sup>こ</sup> 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																																				
看護師の 特定行為 研修の 修了状況																																					
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）
$\frac{\begin{array}{l} \text{① } 8 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \\ \text{② } 6 \text{ 時間} \times 5 \text{ 日} \end{array}}{40 \text{ 時間}} =$	① 0.4人 ② 0.8人

- 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。

## 附 則

### (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。