

# 中東遠総合医療センター

## 採用に伴う提出書類 **記載例**



で囲まれた部分を記入します。

- ・ 押印箇所は、シャチハタ不可です。
- ・ 現住所の欄は、4月1日現在の住所を記入します。  
住所が未定の場合は未記入としてください。
- ・ 「所属」の欄は、以下のとおり記載してください。

職種	所属
助産師	看護部
看護師	看護部
薬剤師	薬剤部
診療放射線技師	診療放射線室
臨床検査技師	臨床検査室
理学療法士・作業療法士 言語聴覚士	リハビリテーション室
臨床工学技士	臨床工学室
視能訓練士	眼科
救急救命士	救急科
事務職員	経営管理部

令和 年度 掛川市・貸

採用職種の番号に○

技師の方は2 医療技術員に○をしてカッコ内に職種を記入

職種等 (番号に○)	1 医師	<input checked="" type="radio"/> 2 医療技術員 ( <b>薬剤師</b> )	令和6年4月1日
	3 助産師	4 看護師	5 事務
ふりがな	ちゅうとうえん たろう		性別
氏名	中東遠 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男・女
生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 ○年 ○月 ○日 (満 ○歳)		
住所	〒 令和7年4月1日現在の住所を記入 決まっていない場合は未記入		(写真欄) タテ 4.5cm ヨコ 3.5cm ①3か月以内に撮影したもの ②正面、上半身、脱帽、無背景で、本人であることが完全に識別できるもの
	電話 ( )		令和 年 月 日撮影

学 歴 (所在地は、市区町村名まで記入。卒業区分の該当項目に○を記入。)			
学 校 名	学部・学科名	所在地	入学、卒業等年月日
中 学 校			年 月 日入学 年 月 日卒
高等学校			年 月 日入学 年 月 日卒・卒見込・中退
			年 月 日入学 年 月 日卒・卒見込・中退
			年 月 日入学 年 月 日卒・卒見込・中退
			年 月 日入学 年 月 日卒・卒見込・中退

現在在籍する学校の卒業年月日は、令和7年3月31日と記入し、「卒」に○を付けてください

職 歴 (今までのアルバイト以外の職歴を最近のものから順に記入。所在地は市区町村名まで記入。)			
勤務先名(部課名まで)	所在地	職種内容	期間
新 ↓ 旧		(正規・パート 時間)	年 月 日から 年 月 日まで
		(正規・パート 時間)	年 月 日から 年 月 日まで
		(正規・パート 時間)	年 月 日から 年 月 日まで
		(正規・パート 時間)	年 月 日から 年 月 日まで
		(正規・パート 時間)	年 月 日から 年 月 日まで
		(正規・パート 時間)	年 月 日から 年 月 日まで
		(正規・パート 時間)	年 月 日から 年 月 日まで

アルバイト以外の職歴がある方は、新しいものから順に記入してください

(裏面も記入してください。)

名 称	取 得 年 月 日 等 ( )内は、該当する方を囲むこと	交 付 機 関 名
薬剤師免許	令和7年3月 日 (取得・見込)	
資 格	年 月 日 (取得・見込)	
・	年 月 日 (取得・見込)	
免 許	年 月 日 (取得・見込)	
	年 月 日 (取得・見込)	
	年 月 日 (取得・見込)	
	年 月 日 (取得・見込)	

今年度国家試験を受験し、3月に合格発表となる資格は、令和7年3月まで記入し、取得に○を付けてください

取得した資格等を活かしてやってみたい職務がありましたら、その職務内容と理由を記入してください。特にない場合は、記入しなくて結構です。

希 望 職 務

令和2年度掛川市・袋井市病院企業団新規採用職員履歴書中のすべての記載事項は、事実と相違ありません。

掛川市・袋井市病院企業団 企業長 様

令和 7 年 4 月 1 日

本人署名と押印

氏 名 中東遠 太郎 (印)

<記入上の注意>

- 1 記入の際は、黒インクの万年筆又はボールペンを使用し、文字は楷書で、数字は算用数字で記入してください。
- 2 提出後、記入事項に変更が生じた場合は、速やかに新病院建設事務組合事務局まで連絡してください。

# 宣誓書

私は、ここに主権が国民に存することを認める日本国憲法を尊重し、かつ、擁護することを固く誓います。

私は、地方自治の本旨を体するとともに、公務を民主的かつ能率的に運営すべき責務を深く自覚し、全体の奉仕者として誠実かつ公正に職務を執行することを固く誓います。

令和 7 年 4 月 1 日

本人署名

氏名 中東遠 太郎

## 個人情報保護に関する誓約書

掛川市・袋井市病院企業団立

中東遠総合医療センター

企業長兼院長 宮地 正彦 様

私は、当院の職員として、「中東遠総合医療センター個人情報保護規程」を遵守します。

個人情報の取得にあたっては、利用目的を明確に定め、その目的の達成に必要な限度において行います。また、業務中に知り得た患者及び病院関係者の個人情報、当院及び取引業者の情報資産などを、在職中はもちろん退職後も第三者に漏えいしたり、病院に無断で使用したりしないことを誓約いたします。

個人情報漏えいを行い又は加担した場合は、関連法規に則り刑事告発又は「掛川市・袋井市病院企業団職員の懲戒の手續及び効果に関する条例」の規定により処分を受ける場合があることを了承いたします。

令和 7年 4 月 1 日

職 種 採用職種

所 属 所属

氏 名 中東遠 太郎 印

本人署名・押印

## 医療情報システム利用誓約書

医療情報システムの利用にあたっては、「中東遠総合医療センター医療情報システム運用管理規程」を遵守することを誓います。

なお、使用許可期間が過ぎた場合においても、職務上知り得た個人情報の開示、漏洩及び使用をしないことを約束致します。

また、個人情報漏洩を行い又は加担した場合は、関連法規に則り刑事告発または中東遠総合医療センターの規則による処分を受ける場合があることを了承致します。

令和 7 年 4 月 1 日

医療情報システム管理責任者

中東遠総合医療センター院長 殿

本人署名・押印

利用者所属 所属

利用者氏名 中東遠 太郎 印

# 掛川市・袋井市病院企業団職員身元保証書

掛川市・袋井市病院企業団企業長 あて

保証人はそれぞれ別住所の方、  
2人に記入してもらってください。  
(2人のうち1人は、本人  
と同じ住所の方でも構いません。)

保証人は原則として掛川市内又は  
袋井市内に居住している方  
をお願いします。

難しい場合は、市外の方でも構  
いません。

現住所  
保証人  
氏 名 ⑩

現住所  
保証人  
氏 名 ⑩

私達は、これから5年の間、次の者が掛川市・袋井市病院企業団職員として法律その他の規定を遵守し、誠実かつ公正に職務を行うこと、及び万一、故意又は過失により企業団に損害を及ぼした場合は、本人と連帯してその損害賠償の責任を負うことについて、保証します。

職員の氏名	中東遠 太郎
現住所	※ 令和7年4月1日現在の住所を記入
生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(注)

- 1 保証人は、原則として、掛川市又は袋井市に居住する身元の確実な者であること。
- 2 保証人は、掛川市・袋井市病院企業団の一般職常勤の職員又は本人と同一の生計を営む者でないこと。

共済組合使用欄			
課長	課長補佐	主幹・係長	係

入力等	
回収	
有・無	

申告事由	<input checked="" type="radio"/> ア 資格取得	a 一般	b 短期	c 任意継続
	<input type="radio"/> イ 資格喪失	a		
	<input type="radio"/> ウ 所属所間異動	a 転入		
	<input type="radio"/> エ 訂正・変更	a 氏名(フリガ)		
		d 給付金等受取口座	e その他 ( )	

## 組 合 員 申 告 書

所属所コード	組合員番号(右づめ)	所属所名(市町・一部事務)									
1 4 5		掛川市・袋井市病院企業団									
組合員氏名(上段フリガナ)		生年月日		性別	職名	被扶養者	氏名変更年月日				
チュウトウエン		タロウ		元号	年	月	日	元号	年	月	日
中東遠		太郎		3 昭和	0	0	0	0	0	0	0
				4 平成							
				5 令和							
				1 男							
				2 女							

被扶養者がいる場合は  
1に○

市区町村	字名・番地(上段フリガナ)	方番(上段フリガナ)	住所変更年月日
令和7年4月1日現在の住所を記入			年金手帳や基礎年金番号通知書に記載されている基礎年金番号を記入

給付金等受取口座	銀行コード	支店コード	口座番号(右づめ)	種目	基礎年金番号	個人番号(マイナンバー)
				1 普通 2 当座	0000000000000000	記入不要
	金融機関名		支店名		※基礎年金番号通知書等や個人番号(マイナンバー)カードを確認のうえ記入してください。	
給付金の受取口座として、本人名義の口座情報を記入。 銀行コードや支店コードは分かれば記入		公務員の前歴の有無	有	直近で加入していた共済組合名	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

取得・喪失・異動事由・年月日	事由コード	以前、公務員として勤務していた期間がある場合は「有」に○をし、直近で加入していた共済組合名を記入。 新卒の方は「無」に○。	共済組合記入欄
事由 元号 年 月 日	1 定年退職 2 普通退職 3 勸奨(応)		給料
2 1 0 7 0 4 0 1			

組合員種別	組合員種別コード	市	特	特	市	市	短期組合員	27	合計年度用職員	有・無
	10 一般職	20								
	11 特別職	30	特							
	13 臨時職員	18	特							
	15 労組専従者	26	市							
	41 短期組合員	27								
会計支出科目(右づめ)		部課署番号(右づめ)		非固定的給与		厚年		退職		
				計						

資格取得	電話番号	掛金の納付方法	資格喪失事由・年月日	資格喪失事由コード
		<input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 6月前納	事由 元号 年 月 日	62 死亡 64 社保加入
		<input type="checkbox"/> 12月前納		65 希望による喪失
				66 組合員の資格取得

共済組合記入欄				
記号・番号	要件	払込	支払	組合員資格取得年月日
761-	0		1	昭・平・令 年 月 日

備考		所属所受付印	共済組合受付印
申告者欄	上記のとおり申告します。	記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。	
	静岡県市町村職員共済組合理事長 様	静岡県市町村職員共済組合理事長 様	
	令和 7 年 4 月 1 日	令和 年 月 日	
	申告者氏名 中東遠 太郎	職名 企業長 所属所長 氏名 宮地 正彦	

採用日を記入  
署名

- 申告事由の該当事項の項目を○で囲んでください。
  - 漢字、カタカナ、数字等は、はっきりと記入してください。
  - 口座は、組合員本人名義とし、銀行コード・支店コード・口座番号は、通帳等を確認のうえ記入してください。
  - 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」にチェックを入れてください。
- ※以下に該当する場合があります。
- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
  - ・マイナンバーを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
  - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者



# 年金加入期間等報告書

年金手帳や基礎年金番号  
通知書に記載されている  
基礎年金番号を記入

ふりがな	ちゅうとうえん たろう	所属機関名	掛川市立病院正業団
組合員氏名	中東遠 太郎	基礎年金番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	平成〇年〇月〇日		

年金加入期間	年金制度	資格取得年月日	資格喪失年月日※	勤務先等	備考
1	ア 国民年金			学生	学生特例
	イ 第一号厚生年金				
	ウ 第二号厚生年金 (国共済)	昭和 平成〇年〇月〇日	昭和 平成〇年〇月〇日		
	エ 第三号厚生年金 (地共済)	令和	令和		
	オ 第四号厚生年金 (私学共済)				
カ その他	20歳の誕生日の前日			学生特例を受けている期間は、備考欄に「学生特例」と記入	
2	ア 国民年金			株式会社〇〇	
	イ 第一号厚生年金				
	ウ 第二号厚生年金 (国共済)	昭和 平成〇年〇月〇日	昭和 平成〇年〇月〇日		
	エ 第三号厚生年金 (地共済)	令和	令和		
	オ 第四号厚生年金 (私学共済)				
カ その他					
3	ア 国民年金			公立〇〇病院	
	イ 第一号厚生年金				
	ウ 第二号厚生年金 (国共済)	昭和 平成〇年〇月〇日	昭和 平成〇年〇月〇日		
	エ 第三号厚生年金 (地共済)	令和	令和		
	オ 第四号厚生年金 (私学共済)				
カ その他					
4	ア 国民年金		昭和 平成 年 月 日		
	イ 第一号厚生年金		令和		
	ウ 第二号厚生年金 (国共済)				
	エ 第三号厚生年金 (地共済)				
	オ 第四号厚生年金 (私学共済)				
カ その他					
5	ア 国民年金		昭和		
	イ 第一号厚生年金		昭和		
	ウ 第二号厚生年金 (国共済)	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		
	エ 第三号厚生年金 (地共済)	令和	令和		
	オ 第四号厚生年金 (私学共済)				
カ その他					

資格喪失年月日は退職日・卒業日の翌日を記入。3月31日退職・卒業の場合は、4月1日。

年金手帳を参考に、年金の加入歴を記入。不明な場合は、採用時に確認しますので記入しないでください。

離婚時みなし被保険者期間	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日	
被扶養配偶者みなし被保険者期間	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
年金未加入期間等	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日	
	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日	

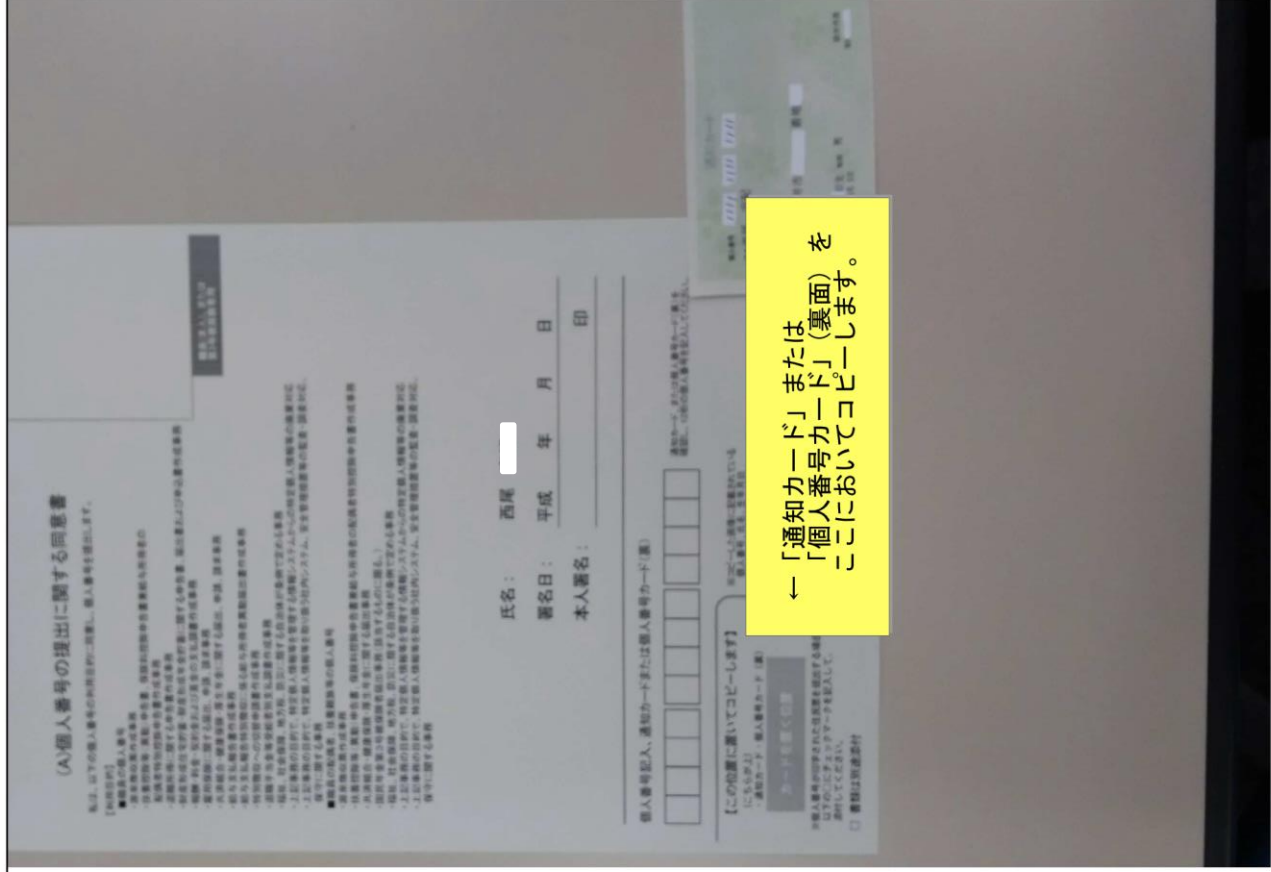
私の年金加入期間等上記のとおりでありますから、報告します。  
 静岡県市町村職員共済組合理事長 様  
 令和 7 年 4 月 1 日  
 〒  
 住 所 ※ 令和7年4月1日現在の住所を記入  
 組合員  
 氏 名 中東遠 太郎

<年金加入期間等報告書の記入の際は、裏面をご覧ください>  
 ※資格喪失年月日は、退職日等の翌日を記入してください。

# 提出書類作成方法 1-①

(A) 1-①

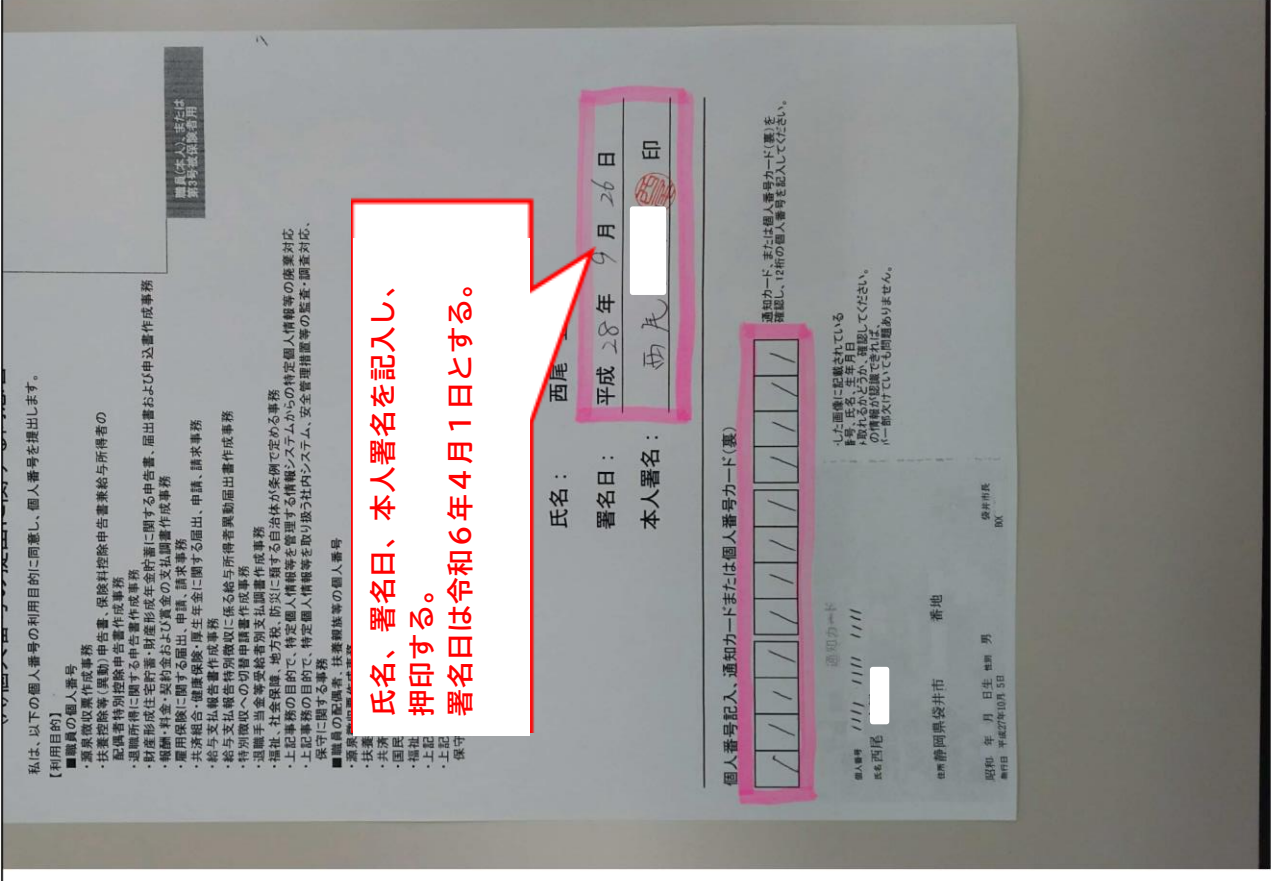
「通知カード」又は「個人番号カード」を、同封の「(A) 個人番号の提出に関する同意書」と一緒にコピーします。



# 提出書類作成方法 1-②

(A) 1-②

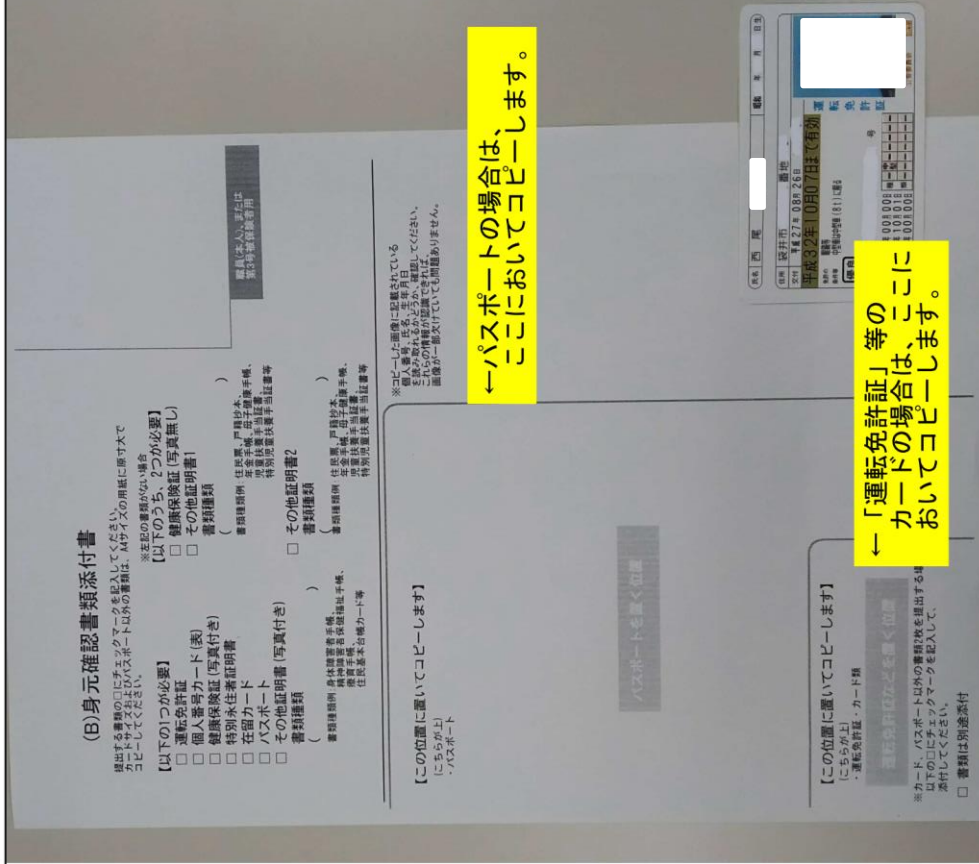
コピーした「(A) 個人番号の提出に関する同意書」に署名と個人番号を記入します。



# 提出書類作成方法 2-1-①

(B) 2-1-①

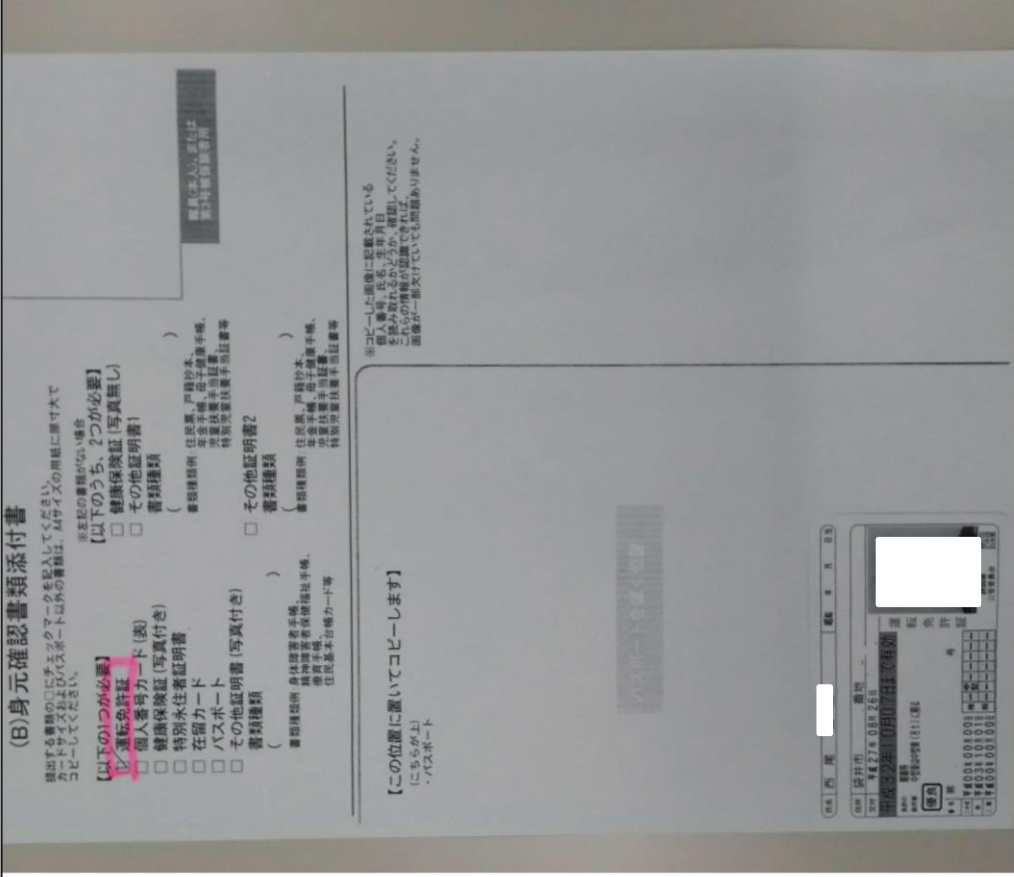
身元確認書類 (免許証・パスポートなど) を同封の「(B) 身元確認書類添付書」と一緒にコピーします。



# 提出書類作成方法 2-1-②

(B) 2-1-②

コピーした「(B) 身元確認書類添付書」の該当項目をチェックします。



給与と賞与は、2つの口座まで指定することができます。(本人名義に限ります。)  
 2つ指定する場合は、「給与等定額」欄と「給与等残額」欄に記入します。  
 1つだけ指定する場合は、「給与等残額」欄のみ記入します。

## 給与等口座振込申出書

令和 7 年 4 月 1 日

掛川市・袋井市病院企業団企業長 様

所 属 所 属

職員番号

フリガナ チュウトウエン タロウ

氏 名 中東遠 太郎

採用月を記入

私が、企業団から支給される給与等は、令和 7 年 4 月支給分以降、私名義の次の金融機関口座へ振り込みされるよう申し出ます。

※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される方は通帳に記載してあります「振込用の店名・預金種目・口座番号」の内容を記入してください。(裏面の記載例参考)

### ◎給与・賃金

給与等定額	金融機関				支店等			科目	番 号													
	銀行等	〇〇	銀行	〇〇	金庫	〇〇	支店	普通	口座番号 (右詰で記入のこと)													
コード	0	0	0	0	0	0	0	当座	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
例月	1 0 0 0 0				円			2つの口座を指定する場合のみ定額の振込口座、振込額を記入 例月：毎月の給与 賞与：ボーナス														
賞与	5 0 0 0 0				円																	

給与等残額	金融機関				支店等			科目	番 号														
	銀行等	〇〇	銀行	〇〇	金庫	〇〇	支店	普通	口座番号 (右詰で記入のこと)														
コード	0	0	0	0	0	0	0	当座	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
														振込口座が1つの場合は、この欄のみ記入									

### ◎旅費

旅費	金融機関				支店等			科目	番 号													
	銀行等	〇〇	銀行	〇〇	金庫	〇〇	支店	普通	口座番号 (右詰で記入のこと)													
コード	0	0	0	0	0	0	0	当座	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

<注意>

記入については、裏面記入例を参考にしてください。

出張旅費の振込口座を記入  
給与口座と同じでも可



# 通 勤 届

職員の給与に関する規程の規定に基づき、通勤の実情を届け出ます。

令和 7 年 4 月 1 日提出

任命権者 掛川市・袋井市病院企業団 企業長 宮地 正彦 様	所属 <b>所属</b> <small>掛川市富浦ヶ池1-1以外の場合、記入</small>	届出事由 ① 新規（人事異動含む） 2 住居変更 3 通勤の経路又は方法変更 4 運賃等の変更 5 通勤車両の変更
職員番号	氏名 <b>中東遠 太郎</b> ㊟	事実発生日 <b>7 年 4 月 1 日</b>
住所 〒 - -	※ 令和7年4月1日現在の住所を記入	

交通 用具 利用 の 場合	通勤方法 ※複数ある場合はすべての方法を選択すること。 <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 ・ 自動二輪 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他	通勤距離 <b>10.0 km</b>	
	通勤車両 ①メーカー・車名 <b>トヨタ・○○○○</b>	①色 <b>黒</b>	①ナンバー(例:浜松 330 あ 12-34) <b>浜松○○ ○ ○○-○○</b>
	②メーカー・車名 <b>330 あ 12-34</b>	車のメーターや距離測定サイト等で 自宅から病院までの距離を確認し記入	
運転免許証の更新月 <b>令和 ○ 年 ○ 月</b>	任意保険の加入有無 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 ・ 未加入		

順路	通勤方法	区 間	乗車券種類	左欄乗車券額	
1	徒歩	住居 から ( 経由 )	まで	6 定期・1 定期・回数券	円
2	徒歩	から ( 経由 )	まで	6 定期・1 定期・回数券	
3	徒歩	から ( 経由 )	まで	6 定期・1 定期・回数券	
4	鉄道・バス・その他	から ( 経由 )	まで	6 定期・1 定期・回数券	
備考 ※公共交通機関を利用する場合は6ヶ月定期を基準に申請すること。 ※定期等を購入した場合は写しを提出すること。					

通勤車種・運転免許証の更新月（有効期限の月）  
任意保険の加入状況を記入

住居の位置及び通勤経路（通勤経路は赤で示すこと。Webの地図を貼り付けても可）

住所から病院までの通勤経路を記入  
手書きでも地図を貼り付けても構いません

管理課 記入欄	支給開始日 年 月	支給月 毎月・6ヶ月 ( 月・ 月 )	通勤距離 km	運賃計 円	手当額 円	
	職員の給与に関する規程の規定により上記のとおり確認し決定する。 令和 年 月 日 管理課長 印			決 裁	管理課長	主幹
				係長	係	

扶

記載のしかたはこちら



この申請書は、あなたの給付について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するものである。あなたの給付について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するものである。あなたの給付について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するものである。

令和 与所得者の扶養控除等（異動）申告書

全員記入

扶養がいる場合のみ記入  
個人番号は記入不要

Header information form including name (中東遠 太郎), address (中東遠 太郎), and other personal details.

Main table with columns for '区分等' (Category), '個人番号' (Personal Number), '生年月日' (Date of Birth), '住所又は居所' (Residence), and '異動月日及び事由' (Date and Reason of Change).

Additional information section for '他の所得者が控除を受ける扶養親族等' (Other family members eligible for tax benefits).

Final section for '住民税に関する事項' (Municipal Resident Tax related items) and other administrative details.

掛川市・袋井市病院企業団職員互助会入会届

採用日	令和 7 年 4 月 1 日		
氏名	(ふりがな) ちゅうとうえん たろう	性別	○
	中東遠 太郎		
生年月日	昭和	・ 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日生
所属部署	○○○○		
現住所	〒 - ※ 令和7年4月1日現在の住所を記入		
電話番号	000 - 0000 - 0000		
備考欄			