

個人情報保護に関する誓約書

社会福祉法人 三井記念病院
院 長 殿

私は三井記念病院の職員として、個人情報保護に関する院内規則及びインターネット上での情報取り扱いに関するガイドラインを十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在職中、退職後においても、職務上知り得た個人情報等を第三者に開示（SNS への投稿含む）、漏洩その他これらに類する行為を致しません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

職員番号 _____

所属 _____

氏 名 _____ (印)

(必ず自署の上捺印のこと)

記入例

個人情報保護に関する誓約書

社会福祉法人 三井記念病院
院長 殿

私は三井記念病院の職員として、個人情報保護に関する院内規則及びインターネット上での情報取り扱いに関するガイドラインを十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在職中、退職後においても、職務上知り得た個人情報等を第三者に開示（SNS への投稿含む）、漏洩その他これらに類する行為を致しません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

2019 年 12 月 13 日

記載不要です

職員番号

所属

看護部

氏 名

三井 太郎

三井

（必ず自署の上捺印のこと）

令和7年分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書

扶

所轄税務署長等	給与の支払者の名称（氏名）	（フリガナ） あなたの氏名		あなたの生年月日	令和7年分 あなたの所得の税額
税務署長	給与の支払者の法人番号	あなたの個人番号		あなたの配偶者の氏名	あなたの所得の税額
市区町村長	給与の支払者の住所	あなたの住所又は居所		あなたの配偶者の氏名	あなたの所得の税額

あなたの源泉控除対象配偶者

こちらの欄は
全てご記入ください

2025/1/1現在の住民
票の所在地を記入
ください

区分等	（フリガナ） 氏名	あなたの氏名	あなたの生年月日	あなたの住所又は居所	令和7年分 所得の見積額	非居住者である親族 生計を一にする事実	住所又は居所
源泉控除 A 対象配偶者 (注1)	ミツイ ハナコ	マイナンバーを記入	50・10・1	同上	0		同上
控除対象 B 扶養親族 (16歳以上 平22.1.1以降)	ミツイ タイチ	マイナンバーを記入	12・4・2	同上	0		同上
	三井 太一						
障害者、寡婦、 C ひとり親又は 勤労学生	障害者	障害者又は勤労学生の内容	障害者又は勤労学生の内容	異動月日及び事由			
	ひとり親又は勤労学生						
他の所得者が D 控除を受ける 扶養親族等	氏名	あなたの氏名	あなたの生年月日	あなたの住所又は居所	令和7年分 所得の見積額	異動月日及び事由	

○住民票に関する事項（この欄は、地方税法第45条の3の2及び第317条の3の2に基づき、給与の支払者を経由して市区町村長に提出する給与所得者の扶養親族等申告書の記載欄を兼ねています。）

16歳未満の 扶養親族 (平22.1.2以降)	（フリガナ） 氏名	個人番号	あなたの氏名	あなたの生年月日	あなたの住所又は居所	令和7年分 所得の見積額	異動月日及び事由
1	ミツイ ハナコ	マイナンバーを記入		23・7・1	18歳未満で扶養されるご家族はこちらに記入ください		
2							

親族手当等を有する 配偶者・扶養親族	（フリガナ） 氏名	個人番号	あなたの氏名	あなたの生年月日	あなたの住所又は居所	令和7年分 所得の見積額	異動月日及び事由

与について扶養親族、障害者控除等の控除を受け
2か所以上から給与の支払を受けている場合は、
出する必要がある。配偶者、障害者、ひとり親、勤労学生、
は、裏面の「1」申告についてご注意ください。
記載のし方はこちら

令和7年分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書



所轄税務署長等	給与の支払者の名称（氏名）	社会福祉法人三井記念病院	（フリガナ）	あなたの生年月日		明・大・昭 平・令	年	月	日	従たる給与についての扶養控除等申告書の提出 （提出している場合には、○印を付けてください。）
税務署長	給与の支払者の法人（個人）番号	6010005001053	あなたの氏名	世帯主の氏名						
	給与の支払者の所在地（住所）	東京都千代田区神田和泉町1番地	あなたの個人番号	あなたの続柄						
市区町村長			あなたの住所又は居所	（郵便番号 - ）		配偶者の有無		有・無		

あなたに源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生のいずれにも該当しない場合には、以下の各欄に記入する必要はありません。

主たる給与から控除を受ける	区分等	（フリガナ）氏名	個人番号		老人扶養親族 （昭31.1.1以前生）	特定扶養親族 （平15.1.2生～平19.1.1生）	令和7年中の所得の見積額	非居住者である親族	住所又は居所	異動月日及び事由 （令和7年中に異動があった場合に記載してください （以下同じです。））
	源泉控除対象配偶者 （注1）		あなたとの続柄	生年月日				生計を一にする事実 （該当する場合は○印を付けてください。）		
							円			
	控除対象扶養親族 （16歳以上） （平22.1.1以前生）	1				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払	円		
						☐ 特定扶養親族				
		2				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払	円		
						☐ 特定扶養親族				
		3				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払	円		
						☐ 特定扶養親族				
		4				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払	円		
					☐ 特定扶養親族					
障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	☐ 障害者	該当者 区分 一般の障害者 特別障害者 同居特別障害者	本人	同一生計配偶者（注2）	扶養親族 （人） （人） （人）	☐ 寡婦 ☐ ひとり親 ☐ 勤労学生	障害者又は勤労学生の内容（この欄の記載に当たっては、裏面の「2 記載についてのご注意」の(9)をお読みください。）		異動月日及び事由	
	上の該当する項目及び欄にチェックを付け、（ ）内には該当する扶養親族の人数を記入してください。									

D 他の所得者が控除を受ける扶養親族等	氏名	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	控除を受ける他の所得者			異動月日及び事由
			明・大・昭 平・令		氏名	あなたとの続柄	住所又は居所	
			明・大・昭 平・令					

○住民税に関する事項（この欄は、地方税法第45条の3の2及び第317条の3の2に基づき、給与の支払者を經由して市区町村長に提出する給与所得者の扶養親族等申告書の記載欄を兼ねています。）

16歳未満の扶養親族 （平22.1.2以後生）	（フリガナ）氏名	個人番号	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	控除対象外国外扶養親族 （該当する場合は○印を付けてください。）	令和7年中の所得の見積額（※）	異動月日及び事由	※ 「令和7年中の所得の見積額」欄には、退職所得を除いた所得の見積額を記載します。	
	1			平・令			円			
	2			平・令			円			
退職手当等を有する配偶者・扶養親族	（フリガナ）氏名	個人番号	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	非居住者である親族 （該当する項目にチェックを付けてください。）	令和7年中の所得の見積額（※）	障害者区分	異動月日及び事由	寡婦又はひとり親
				明・大・昭 平・令		☐ 配偶者 ☐ 30歳未満又は70歳以上 ☐ 障害者	円	☐ 一般 ☐ 特別		☐ 寡婦 ☐ ひとり親
						☐ 38万円以上の支払				

○この申告書は、あなたの給与について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するもので、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、この申告書は、源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族に該当する人がいない人も提出する必要があります。

○この申告書の記載に当たっては、裏面の「1 申告についてのご注意」等をお読みください。

記載のしかたはこちら



【重要】資格証明書等の提出のお願い

当院は国際的な医療施設評価機構である JCI（Joint Commission International）の認定を受けており、要件として職員の学歴・資格・各種受講歴等を把握し、真正かつ有効期限内のものであるかを確認することが求められています。

大変お手数ですが、入職にあたり、以下の要領に則り、資格証明書等のご提出をお願い致します。また、資格の真正性を確認する為、卒業校や資格発行元に照会を行う必要があり、当院が発行源確認を行うことへの同意書の提出も併せてお願い致します。

1. ご提出いただくもの

①裏面「ご提出頂く資格証明書一覧」に記載のある各種資格証のコピー

以下の要領でコピーをご提出ください。就任日に原本を目視確認しますのでご持参願います。

大きさ	A4サイズ（A4サイズでない資格証明書は拡大もしくは縮小） ※ 原本をお持ちいただけない場合はご相談下さい。
色	カラー（白黒は不可）
コピーする面	両面（裏面に何の記載がなくても裏表両面のコピーをお願いします。）

②卒業校および資格発行元への真偽確認同意書

JCIの要件により、資格の真正性を確認するため、卒業校や資格発行元に照会を行う必要があり、当院が発行源確認を行うことへの同意書の提出も併せてお願い致します。真偽確認の対象となる資格は以下の通りです。

- 学歴（大学・短大・専門学校等）
※就任の職種に必要な公的資格を取得するために通学、卒業した大学・短大・専門学校等を指します。
最終学歴とは異なりますのでご注意ください。
- 国家公的資格（但し、医師/歯科医師・薬剤師はWEB上で公開されているため同意書は不要）

2. ご提出期限・方法

ご準備でき次第、総務人事課宛にご持参、ご郵送または院内便等でご提出ください。

3. 問合せ先

問合せ先：三井記念病院 総務人事課 竹下
電話番号：03-3862-9236（総務人事課 直通）
Eメール：n-takeshita @mitsuihosp.or.jp

以上

【裏面】ご提出頂く資格証明証一覧

以下に該当する免許をお持ちの方は、証明書/免許証/修了証等の原本を就任時ご提示のうえ、コピーの提出をお願いいたします。尚、国家・公的資格において、改姓や本籍地の変更等によりお手許の免状が「最新のものではない」場合は、手続き中であることが判る証明書等も添付してご提出ください。

学歴

- 医療系学校（大学・短大・専門学校等）の卒業証書（写） または 卒業証明書（原本）
※医療職の全職員が必須です。なお、就任される職種に必要な公的資格を取得するために通学、卒業した大学・短大・専門学校等を指します。最終学歴とは異なりますのでご注意ください。

国家資格・公的資格

- 国家資格証（医師免許、看護師免許等）
※新卒者の方は登録済証明書をご提出ください。また、お手元に資格証（免状）が届き次第、必ずコピーを提出ください。本籍・氏名等の変更があった場合も改めてコピーの提出をお願いいたします。
- 臨床研修修了証（研修先機関発行）
- 臨床研修指導医
- 保険医登録票
- 難病指定医
- 身体障害者福祉法第 15 条指定医師
- 死体解剖資格
- 臨床研修修了登録証（厚生労働省発行）
- 麻薬施用者免許
- 麻酔科標榜医免許
- 小児慢性特定疾病指定医
- 指定自立支援医療機関(育成・更生医療)指定医師
- その他公的機関が認めた資格

専門・認定資格

- 学会専門医
- 学会認定医
- 学会指導医
- その他学会等が認めた専門資格、認定資格（医師以外の医療職も保有資格があればご提出ください）

蘇生資格

- AHA 認定蘇生資格（ACLS もしくは BLS）
- 日本救急医学会認定蘇生資格（ICLS もしくは BLS）
- 日本内科学会 JMECC
- 小児(PALS もしくは PEARS)、新生児の蘇生資格(NCPR)

その他、診療報酬算定のため、もしくは施設基準の要件を満たすために必要な各種資格、研修受講履歴

以下に一部の例を記載

- 「植込み型除細動器/ペースングによる心不全治療」研修
- がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会
- 運動器リハビリテーションセラピスト研修会 等

【注意】各種免状は、必ず A4 サイズ・カラー・両面コピーで提出をお願いします。
（裏面に何も記載がなくても裏表印刷のコピーが必要です。）

医療職に就任の皆様

当院は国際的な医療施設評価機構である JCI（Joint Commission International）の認定を受けており、医療職種に就く職員の学歴・資格・各種受講歴等を把握し、真正かつ有効期限内のものであるかを確認することが求められています。

大変お手数ですが、入職にあたり、ご自身が該当する採用枠に合わせて、下記「○」のある項目についてご用意ください。尚、資格証書類は **A4 サイズに統一／裏面に何も記載がなくても表裏の両面カラーコピー**にてご用意ください。

お手数おかけいたしますが、ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

【既卒・中途採用者】

各種ご用意・ご確認をいただけましたらご自身で□欄へ ☒ をいれ、指定期日までに各種書類と共に提出ください（期日までに提出不可のものは、その旨空いている箇所にご記入ください）。

ご用意いただく書類（本紙含め、指定期日までに提出）		□欄
○	卒業証書/学位記(写)または卒業証明書（原紙） ※就任職種免許を取得する為に通った卒業校が対象です 例）○×大学卒業時に薬剤師免許を取得したが、そのまま△△大学院へ進学し今春卒業で職歴はない。 →○×大学の学位記（コピー）または卒業証明書（原紙）を提出してください。 （新たに国家資格を受験する予定でなければ、大学院の卒業証明は不要です。） 例）○×大学卒業時に理学療法士免許を取得し、△△大学院で作業療法士を取得。今回、作業療法士で就任予定。 →○×大学、△△大学院、両方の卒業証書（コピー）または卒業証明書（原紙）を提出ください。	☐
○	卒業状況の確認同意書※就任職種免許を取得する為に通った卒業校が対象です。 別紙記入例を参照のうえ、用紙上半分の太枠内をご記入・ご捺印ください。	☐
○	本人確認証 注）有効期限が 2025 年 5 月 1 日以降も有効なものをご用意ください。 ※極力、顔写真入りの公的なもの（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等）1 点を台紙に貼付	☐
○	就任職種の免許証 今回の就任職種以外に国家資格を取得済の場合は、一緒にご提出ください。 但し、卒業校への確認同意書のご用意は就任資格のための教育機関のみの対象にします。 例）看護師や薬剤師を経験した後、医師資格取得 → 看護師免許証、薬剤師免許証の写しも提出。	☐
○	就任職種に係る学会・専門機構による認定資格 （専門・認定医、研修認定薬剤師、超音波検査士、呼吸療法認定士、糖尿病療養指導士、栄養士・チーム専門療法士 等） ※コロナウィルスの影響による各学会の有効期限延長措置がある場合、期日が過ぎている認定証と共に、延長措置とその期間が判る資料も添えてご提出ください。	☐
○	蘇生資格（AHA-BLS/ACLS、ICLS、PALS、NCPR 等） （注）特に AHA 発行のものは有効期限が切れていないかご確認ください	☐
○	その他 取得済資格とそれに係る研修の修了証 （がん診療に携わる緩和ケア研修会、臨床研修指導医講習会 等）	☐

【新卒採用者】

各種ご用意・ご確認をいただけましたらご自身で口欄へ  をいれ、指定期日までに各種書類と共に提出ください。

指定期日までにご用意いただくもの		口欄
☐	卒業状況の確認同意書 ※就任職種免許を取得する為に通った卒業校が対象です。 別紙記入例を参照のうえ、用紙上半分の太枠内をご記入・ご捺印ください。 この用紙は、貴殿の卒業が確定した後（3月下旬～4月を目安）に卒業校へ病院から送付するために使用しますので、“卒業予定”等の文言は記入しないようお願いいたします。	☐
☐	本人確認証 注）有効期限が 2025 年 5 月 1 日以降も有効なものをご用意ください。 極力、顔写真入りの公的なもの（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等）1 点を台紙に貼付	☐
☐	蘇生資格 （AHA－BLS、日本救急医学会 BLS 等） （注）特に AHA 発行のものは就任日時点で有効期限が切れていないかご確認ください。	☐
就任日当日にご持参いただくもの		
☐	卒業証書/学位記(写)または卒業証明書（原紙） ※就任職種免許を取得する為に通った卒業校が対象です 例）〇×大学卒業時に薬剤師免許を取得したが、そのまま△△大学院へ進学し今春卒業で職歴はない。 →〇×大学の学位記（コピー）または卒業証明書（原紙）を提出してください。 （新たに国家資格を受験する予定でなければ、大学院の卒業証明は不要です。） 例）〇×大学卒業時に理学療法士免許を取得し、△△大学院で作業療法士を取得。今回、作業療法士で就任予定。 →〇×大学、△△大学院、両方の卒業証書（コピー）または卒業証明書（原紙）を提出ください。	☐
☐	卒業状況の確認同意書 ※就任職種免許を取得する為に通った卒業校が対象です。 別紙記入例を参照のうえ、用紙上半分の太枠内をご記入・ご捺印ください。	☐
☐	登録済証明書（別紙参照） ※新卒採用者の登録済証明書については就任式までに手許に届けばご持参ください。就任後、GW 頃を目途に必ずご提出いただきますので、申請手続きは怠らないようお願いいたします。	☐

【全員共通】

※学位記のサイズが大きい、等でコピーの用意が出来ない場合には、就任式当日ご持参いただき提出物確認の際に係の者にご相談ください。

※卒業確認においては、学校ごとに「証明書発行願」や「委任状」等、別途必要書類の提出を求められる場合があります。対象者には別途送付、または就任オリエンテーション時に書類を配布いたしますので、予めご承知おきのうえ、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

※本人確認書類で「現在お使いの健康保険証（写）」を提出される方がおりますが、就任日より貴殿は当院加入の健康保険組合の被保険者となり、卒業校への確認時には「本人確認証としては不成立」の為、ご遠慮ください。万が一、本人確認証のご用意ができない方は予め連絡ください。

※ご提出いただいたものは原則返却いたしませんので、予めご了承ください。

その他、不明な点ありましたら、総務人事課へご連絡ください。

何卒宜しくお願いいたします。

【記入例】

氏名変更のない方

卒業状況の確認同意書

(病院記入) 申請日: 年 月 日

↓申請日は記載不要↓

申請人 (卒業生)	現在	フリガナ		ミツイ ハナエ		性別 (男・女)
	氏名	三井 花江				
	卒業時(婚姻等により改姓している場合は「/」右側に卒業時の氏名(フリガナ)を記入)					
	フリガナ	同上		/		
	氏名	同上		/		
	生年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦)2002	年	又は(和暦)	昭和 14 年 5 月 1 日	
	卒業年月 (西暦・和暦両方記入)	※1 (西暦)2025	年	又は(和暦)	昭和 7 年 3 月	
	職種(保有資格)※2	看護師				
	学校名 学部学科等 ※3	〇〇医療大学 □□学部 看護学科				
	学校所在地 ※4	〒●●●-△△△△ 栃木県〇〇市△△町1番地				

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が出身教育機関へ卒業に関する情報を照会することに同意いたします。 2025 年 〇月 〇日 (必ず自署のこと)

本人署名: 三井 花江

現在の氏名と卒業時で氏名変更がある方

卒業状況の確認同意書

(病院記入) 申請日: 年 月 日

↓申請日は記載不要↓

申請人 (卒業生)	現在	フリガナ		ミツイ ハナエ		性別 (男・女)
	氏名	三井 花江				
	卒業時(婚姻等により改姓している場合は「/」右側に卒業時の氏名(フリガナ)を記入)					
	フリガナ	スミトモ ハナエ		/		
	氏名	同上		/		住友 花江
	生年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦)2002	年	又は(和暦)	昭和 14 年 5 月 1 日	
	卒業年月 (西暦・和暦両方記入)※1	(西暦)2025	年	又は(和暦)	昭和 7 年 3 月	
	職種(保有資格)※2	看護師				
	学校名 学部学科等 ※3	〇〇医療大学 □□学部 看護学科				
	学校所在地 ※4	〒●●●-△△△△ 栃木県〇〇市△△町1番地				

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が出身教育機関へ卒業に関する情報を照会することに同意いたします。 2025 年 〇月 〇日 (必ず自署のこと)

本人署名: 三井 花江

教育機関様記入欄 (※当院職員は記入不要)

設問	ご回答
卒業していますか?	卒業している ・ 卒業していない
卒業年は正しいですか?	正しい ・ 正しくない
学校名・学科名は正しいですか?	正しい ・ 正しくない
確認日	年 月 日
教育機関様名/押印	印

この書式は、三井記念病院が卒業情報照会のために作成したもので、各教育機関への問い合わせに使用させていただきます。

教育機関様記入欄 (※当院職員は記入不要)

設問	ご回答
卒業していますか?	卒業している ・ 卒業していない
卒業年は正しいですか?	正しい ・ 正しくない
学校名・学科名は正しいですか?	正しい ・ 正しくない
確認日	年 月 日
教育機関様名/押印	印

この書式は、三井記念病院が卒業情報照会のために作成したもので、各教育機関への問い合わせに使用させていただきます。

※1 新卒者も卒業月日を記入してください

皆様が卒業後に各校へ確認依頼をするので、「(卒業予定)」等の文言の記載は不要です

※2 当院に就任される職種を記載してください

※3 学校名、学部学科名は就任する職種の国家資格を取得するために通学された教育機関を記入してください

(就任いただく資格を取得するために卒業した大学を記載していただくことになりますので、最終学歴が大学院であってもその前に卒業された学校(大学等)を記載していただくことになりますのでご注意ください)

在学中と現在で学校名や学部名等が変更されている方は、在学時の名称を記載いただき、現在の名称が分かる方は(現: ●●学部)のように記載ください

※4 記入した学部・学科があるキャンパスの所在地を記載してください。

途中でキャンパスが移動した場合は、最終学年で専門的な科目を修了したキャンパスをご記入ください

記載不要

記載不要

卒業状況の確認同意書

(病院記入) 申請日： 年 月 日

申請人 (卒業者)	現在		
	フリガナ		性別 (男 ・ 女)
	氏名	印	
	卒業時(婚姻等により改姓している場合は「/」右側に卒業時の氏名(フリガナ)を記入)		
	フリガナ		
	氏名	同 上 /	
	生年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 又は (和暦) 昭和 平成 年 月 日	
	卒業年月 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 又は (和暦) 昭和 平成 令和 年 月	
	職種(保有資格)		
	学校名 学部学科等		
学校所在地	〒		

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が出身教育機関へ卒業に関する情報を照会することに同意いたします。 年 月 日 (必ず自署のこと)

本人署名: _____

教育機関様記入欄 (※当院職員は記入不要)	
設問	ご回答
卒業していますか？	卒業している ・ 卒業していない
卒業年は正しいですか？	正しい ・ 正しくない
学校名・学科名は正しいですか？	正しい ・ 正しくない
確認日	年 月 日
教育機関様名/押印	印

※以下記入例を参考に3/17（月）までにご提出ください※

資格取得状況の確認書兼同意書

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が行政機関へ国家資格等保有状況を照会することに同意いたします。

令和 ~~何も~~記載しない月ください!!日 (必ず自署のこと)

自筆で署名でのうえ、
印鑑を押す

本人署名： 三井 花江



本人現住所： 東京都千代田区神田〇〇町1-2 〇〇マンション345

入職後（4/1）以降実際に
居住する住所を記載

以下、内容に相違ないかご確認願います。

	フリガナ	ミツイ ハナエ
氏名・フリガナ・性別・		三井 花江 (旧姓：)
		男 / 女
	(西暦) 2002 年 又は (和暦) 昭和 14 年 5 月 1 日 平成	
申請人 (就任者)	職種（保有資格）①	
	保有資格取得年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 年 又は (和暦) 昭和 平成 年 月 日 令和
	職種（保有資格）②	
	保有資格取得年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 年 又は (和暦) 昭和 平成 年 月 日 令和
	職種（保有資格）③	
	保有資格取得年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 年 又は (和暦) 昭和 平成 年 月 日 令和

記載不要

この書式は、三井記念病院が国家資格等保有状況照会のために作成したもので、行政機関への問い合わせに使用させていただきます。

資格取得状況の確認書兼同意書

私は、三井記念病院の方針に基づき、同総務人事課が行政機関へ国家資格等保有状況を照会することに同意いたします。

令和 年 月 日 (必ず自署のこと)

本人署名： ㊟

本人現住所：

以下、内容に相違ないかご確認願います。

申請人 (就任者)	フリガナ	
	氏名	(旧姓：)
	性別	男 / 女
	生年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 月 日 又は (和暦) 昭和 年 月 日 平成
	職種 (保有資格) ①	
	保有資格取得年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 月 日 又は (和暦) 昭和 年 月 日 平成 令和
	職種 (保有資格) ②	
	保有資格取得年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 月 日 又は (和暦) 昭和 年 月 日 平成 令和
	職種 (保有資格) ③	
	保有資格取得年月日 (西暦・和暦両方記入)	(西暦) 年 月 日 又は (和暦) 昭和 年 月 日 平成 令和

この書式は、三井記念病院が国家資格等保有状況照会のために作成したもので、行政機関への問い合わせに使用させていただきます。

委任状

【代理人】

住所 〒101-8643
東京都千代田区神田和泉町1番地

氏名 社会福祉法人 三井記念病院 総務人事課

連絡先 03-3862-9111(代表)

私は上記のものに、下記の申請及び受領を委任いたします。

- ☐ 『卒業証明書』
☒ 『卒業状況の確認同意書』

記入日

令和 5 年 3 月 日

【本人】

住所

〒101-XXXX

就任日の居住所を記入

東京都千代田区〇●町1-2-3 〇●ビル405

氏名

三井 花子

印 (旧姓: 三田)

生年月日

昭和 平成 60 年 1 月 1 日

日中の連絡先

勤務先: 三井記念病院(所属:)03-3862-9111

携帯電話: (090-9999-9999)

卒業校名

〇●大学

卒業学部・学科等

医療

学部
課程

看護

学科
専攻

委任状

【代理人】

住所 〒101-8643
東京都千代田区神田和泉町1番地

氏名 社会福祉法人 三井記念病院 総務人事課

連絡先 03-3862-9111(代表)

私は上記のものに、下記の申請及び受領を委任いたします。

☐ 『卒業証明書』

☒ 『卒業状況の確認同意書』

令和 年 月 日

【本人】

〒 -

住所

氏名 ⑩ (旧姓:)

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

日中の連絡先 勤務先: 三井記念病院(所属:) 03-3862-9111
携帯電話: ()

卒業校名

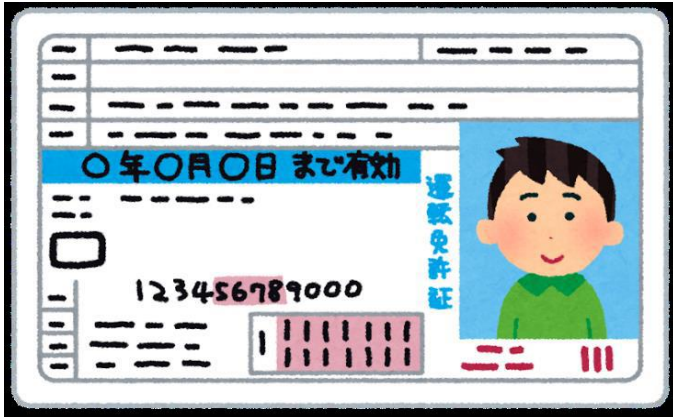
卒業学部・学科等

学部
課程

学科
専攻

【記入例】

本人確認資料（写）貼り付け用 のりしろ



備考	平成●年●月●日
新住所	〇〇市〇〇区〇〇 △-△-△
〇〇公委	

以下の部分を使用して臓器提供に関する意思表示をすることができます（記入は自由です）。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

〈1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〉
【心臓・肺・肝臓・腎(じん)臓・脾(すい)臓・小腸・眼球】
（白筆署名）

〔特記欄〕

運転免許証は裏面の記載がなくてもコピーを必ず貼り付けてください

個人番号がある裏面は貼付不要です



※ 太枠内に本人確認資料のコピーを貼付し、各種資格証（写）、別紙 同意書と共に指定期日までにご提出ください。

※ 本人確認資料：運転免許証、パスポート、住民票、マイナンバーカード等の公的なものを1点（出来るだけ顔写真入りのものをご用意ください）
（現在お使いの健康保険証のコピーはご遠慮ください）

- ※ 運転免許証の場合は、裏面もコピーし、貼付ください。
- ※ パスポートは顔写真、氏名等のあるページをコピーし、貼付ください。
- ※ マイナンバーカードは顔写真入りをご用意ください。「通知カード」の写しは認めません。
- ※ 住民票、マイナンバーカードは「個人番号」が写らないようにしてください。
- ※ 婚姻等、または外国籍による通称等で卒業時と現在とで氏名に変更がある場合は別途、戸籍抄本等のご用意をお願いしております。提出にご協力ください。

上記の書類は発行元確認にのみ使用いたします。
但し、「卒業状況確認同意書」または「資格取得状況の確認兼同意書」と共に関係機関へ送付する為、返却の予定はありませんのでご了承ください。

氏名：

三井 太郎

氏名（フリガナ）と入職
予定日を記入ください

（フリガナ： ミツイ タロウ）

（入職予定日： 2024 年 4 月 1 日）

本人確認資料（写）貼り付け用 のりしろ

※ 太枠内に本人確認資料のコピーを貼付し、各種資格証（写）、別紙 同意書と共に指定期日までにご提出ください。

※ 本人確認資料：運転免許証、パスポート、住民票、マイナンバーカード等の公的なものを1点（出来るだけ顔写真入りのものをご用意ください）（現在お使いの健康保険証のコピーはご遠慮ください）

※ 運転免許証の場合は、裏面もコピーし、貼付ください。

※ パスポートは顔写真、氏名等のあるページをコピーし、貼付ください。

※ マイナンバーカードは顔写真入りをご用意ください。「通知カード」の写しは認めません。

※ 住民票、マイナンバーカードは「個人番号」が写らないようにしてください。

※ 婚姻等、または外国籍による通称等で卒業時と現在とで氏名に変更がある場合は別途、戸籍抄本等のご用意をお願いしております。提出にご協力ください。

上記の書類は発行元確認にのみ使用いたします。

但し、「卒業状況確認同意書」または「資格取得状況の確認兼同意書」と共に関係機関へ送付する為、返却の予定はありませんのでご了承ください。

氏名： (フリガナ：)

(入職予定日： 年 月 日)

新卒採用の皆様へ

【参考資料】

登録済証明書

氏 名	三井 太郎
登録番号 第	999999 号
登録年月日	令和 3 年 3 月 26 日

上記のとおり 医 籍 に登録されたことを証明する。

令和3年3月26日

厚生労働省
医政局長



登録済証明書

氏 名	三井 花子
登録番号 第	7654321 号
登録年月日	令和 3 年 4 月 15 日

上記のとおり 看護師 籍 に登録されたことを証明する。

令和3年4月15日

厚生労働省
医政局長



(備 考)

- この登録済証明書は、就職等諸手続の際、免許証が手元に届くまでの間、暫定的に使用するためのものであり、証明の有効期限は、証明日から2か月間である。
なお、この証明書は、再交付しないので取扱いについては十分注意すること。
- 免許証が手元に届いた際には、必ず就職先等へ呈示すること。
- 医師法の規定により、2年ごとの年末（次回は令和4年）における氏名、住所等の事項を翌年の1月15日までに、保健所を経由して厚生労働大臣に届け出なければならぬこととされているので留意すること。

(備 考)

- この登録済証明書は、就職等諸手続の際、免許証が手元に届くまでの間、暫定的に使用するためのものであり、証明の有効期限は、証明日から2か月間である。
なお、この証明書は、再交付しないので取扱いについては十分注意すること。
- 免許証が手元に届いた際には、必ず就職先等へ呈示すること。

国家試験合格後、保健所等で免許登録の手続きする際に、免状が届くまでの免許証の代替用となる「登録済証明書」を受け取る申請を、必ず行ってください。

※職種によっては、オンライン申請・発行される場合もあります。

入職後、証明書（原紙）は病院で保管いたしますので、お手許に届き次第、就任時オリエンテーションで配布予定の台紙に貼付し、速やかに総務人事課へご提出いただくよう、ご協力お願いいたします。

※オンライン申請・発行の方は印刷し、同じく台紙に貼付してご提出ください。

※ 登録済証明書は免状が届くまでの代わりになりますので、ご提出の前に、ご自身でも写しを保管するようお願いいたします。

- はがき(原紙)を横にし、太枠内に氏名、登録番号等が判るように貼り付けてください。
- 看護職やコメディカル職で、2種以上を登録した場合も、上下に貼り付けてください。
その際は就任職種が上段にくるよう貼り付けていただきたく、ご協力ください。

氏名:

※以下、入職後記載

(所属部署:

/ 職員番号:

)

登録済証明書

貼り付け用のりしろ