

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



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) ミツイ タロウ あなたの氏名	あなたの生年月日	平・大・明 50年1月1日	就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番号	11513	三井 太郎	世帯主の氏名	三井 太郎		
市区町村長	給付の住所	世	あなたの個人番号 マイナンバーを記入	あなたの性別	本人		
あなたに源泉控除対象配偶者		あなたの住所又は居所		(郵便番号)	東京都千代田区神田和泉町2-6 今川ビル	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

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	あなたとの続柄	生年月日	本人扶養親族(昭和11以降出生)	令和7年中の所得の見積額	非居住者である親族生計を一にする事実	住所又は居所					
主たる給与から控除を受ける 源泉控除対象配偶者(注1)	ミツイ ハナコ	妻	50.10.1	マイナンバーを記入	0円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 35万円以上の支払	同上					
	三井 花子	妻	50.10.1	マイナンバーを記入	0円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 35万円以上の支払	同上					
	ミツイ タイチ	夫	12.4.2	マイナンバーを記入	0円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 35万円以上の支払	同上					
	三井 太一	夫	12.4.2	マイナンバーを記入	0円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 35万円以上の支払	同上					
控除対象扶養親族(16歳以上)(平22.1.1以降出生)												
障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	障害者		区分	障害者	本人	同一世帯に同居する扶養親族(注2)	扶養親族	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、直前の「2. 記載についてのご注意」の①を参照ください。)	異動月日及び事由
	障害者		一般の障害者				(人)					
障害者		特別障害者					(人)					
障害者		両眼特別障害者					(人)					
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。												
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	氏名	あなたとの続柄	住所又は居所	異動月日及び事由			

与らした扶養親族、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、提出することができません。また、同一生計配偶者及び扶養親族を複数人扶養している場合は、同一生計配偶者及び扶養親族を複数人扶養している旨を「1. 申告について」の「注」等に記載する必要があります。



○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以降出生)	(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	控除対象非居住者(注1)	令和7年中の所得の見積額(注2)	異動月日及び事由
	1- ミツイ ハナコ 三井 花江	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	<input type="checkbox"/> 非居住者である親族生計を一にする事実	円	
親権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生計を一にする事実	令和7年中の所得の見積額(注2)	異動月日及び事由
						<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 16歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 35万円以上の支払	円	

※「令和7年中の所得の見積額」欄には、扶養親族と同一生計配偶者等の所得の見積額を記載します。

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） あなたの氏名	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	あなたの個人番号	世帯主の氏名			
市区町村長	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。

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。))							
		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。)										
A 源泉控除対象配偶者(注1)						円											
B 控除対象扶養親族(16歳以上) (平22.1.1以前生)	1				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払										
	2				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払										
	3				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払										
	4				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払										
C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	<input type="checkbox"/> 障害者 <table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th>区分</th><th>該当者</th></tr> <tr><td>一般の障害者</td><td>()人</td></tr> <tr><td>特別障害者</td><td>()人</td></tr> <tr><td>同居特別障害者</td><td>()人</td></tr> </table>		区分	該当者	一般の障害者	()人	特別障害者	()人	同居特別障害者	()人	<input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 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			
区分	該当者																
一般の障害者	()人																
特別障害者	()人																
同居特別障害者	()人																

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。

◎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。

◎この申告書は、令和7年中に異動があった場合に記載してください。

◎この申告書は、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。

◎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

記載のしかたはこちら

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
					氏名	住所又は居所	
			明・大・昭 平・令				
			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。
2							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		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者	円	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別		<input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひとり親



1 申告についてのご注意

- (1) この申告書は、令和7年の最初の給与の支払を受ける日の前日までに、給与の支払者に提出してください。
- (2) この申告書に記載すべき事項が令和6年においてその給与の支払者を経由して提出した申告書に記載した事項から異動がない場合には、その記載すべき事項に代えて「異動がない」旨を記載した申告書（以下「簡易な申告書」といいます。）を提出することができます。簡易な申告書の提出に当たっては、国税庁ホームページに掲載している、記載のしかた（記載例）をご確認ください（表面の二次元コードからもご確認ください。）。
- (3) この申告書の提出後、記載内容に異動があったときは、別に異動申告書を提出するか、あるいはこの申告書の該当項目を異動後の内容に補正してください。
- (4) 2か所以上から給与の支払を受け、1か所から受ける給与だけでは源泉控除対象配偶者について控除を受ける配偶者（特別控除や扶養控除、障害者等の控除の全額が控除しきれない場合には、源泉控除対象配偶者や控除対象扶養親族を分けて他の給与の支払者に「従たる給与について」の扶養控除等申告書）を提出することができます。
- (5) 年末調整において、基礎控除又は配偶者（特別）控除の適用を受ける場合には、所要の事項を記載した「給与所得者の基礎控除申告書」又は「給与所得者の配偶者控除等申告書」を作成し、令和7年の最後の給与の支払を受ける日の前日までに給与の支払者に提出する必要があります。

2 記載についてのご注意

- (1) この申告書を簡易な申告書として提出する場合には、「あなたの氏名」、「あなたの住所又は居所」及び「あなたの個人番号」欄に記載し、前年に提出した申告書に記載した事項から異動がない旨を余白等に記載してください。
- (2) 「あなたの個人番号」及び「個人番号」欄には、それぞれ、あなた（源泉控除対象配偶者、控除対象扶養親族、年齢16歳未満の扶養親族又は退職手当等を有する配偶者・扶養親族のマイナンバー（個人番号）を記載する必要がありますが、一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
- (3) 「給与の支払者の法人（個人）番号」欄には、この申告書を受理した給与の支払者が、給与の支払者の法人番号又はマイナンバー（個人番号）を記載してください。
- (4) 「主たる給与」とは、この申告書を提出した給与の支払者から受ける給与をいい、「従たる給与」とは、それ以外の給与の支払者から受ける給与をいいます。
- (5) 控除対象扶養親族が同居老親等である場合には、「老人扶養親族」欄の「同居老親等」に、同居老親等以外の老人扶養親族であるときは「その他」にチェックを付けてください。
また、控除対象扶養親族が特定扶養親族である場合には、「特定扶養親族」欄にチェックを付けてください。
- (6) 「令和7年中の所得の見積額」欄には、収入金額等から必要経費等を差し引いた金額を記入してください。この場合、所得の種類が給与である場合には、収入金額から給与所得控除額（例えば収入金額が161万9千円未満の場合には55万円（収入金額を限度とします。))を差し引いた金額が給与の所得の金額となります。
なお、非課税とされる遺族年金などの所得、源泉分離課税が適用される利子、確定申告をしないことを選択した上場株式等の配当等などについては、源泉控除対象配偶者や扶養親族等の判定の基礎となる所得には含まれません。
- (7) 源泉控除対象配偶者が非居住者^(注)である場合には、「非居住者である親族」欄に〇印を付けてください。また、控除対象扶養親族が非居住者であり、その非居住者の年齢が16歳以上30歳未満又は70歳以上である場合には、「非居住者である親族」欄の「16歳以上30歳未満又は70歳以上」にチェックを付け、その非居住者の年齢が30歳以上70歳未満で一定の要件を満たす人（下記4⑤ロに該当する人）である場合には、「非居住者である親族」欄の「留学」、「障害者」又は「38万円以上の支払」のうち該当する項目にチェックを付けてください（2以上の項目に該当する場合、いずれか1つにチェックを付けてください。）。
(注)「非居住者」とは、国内に住所を有せず、かつ、現在まで引き続いて1年以上国内に居所を有しない人をいいます。
- (8) 「生計を一にする事実」欄には、控除対象扶養親族が非居住者である場合に、年末調整時に、令和7年中にその親族に送金等をした金額の合計額を記載してください。
- (9) 「障害者又は勤労学生の内容」欄には、それぞれ次の事項を記載してください。
イ 障害者（特別障害者）……障害の状態又は交付を受けている手帳などの種類と交付年月日、障害の程度（障害の等級）などの障害者（特別障害者）に該当する事実。その人が同一生計配偶者又は扶養親族の場合には、併せてその人の氏名（特別障害者であるときは同居の有無）、マイナンバー（個人番号）^(注)、住所又は居所、生年月日、あなたとの続柄及び令和7年中の所得の見積額（これらの事項のうち「源泉控除対象配偶者」欄、「控除対象扶養親族」欄又は「住民税に関する事項」欄に記載している事項については、氏名を除き、記載を省略できます。）
また、当該同一生計配偶者又は扶養親族が非居住者である場合には、その旨及び令和7年中にその同一生計配偶者又は扶養親族に送金等をした金額の合計額（送金等をした金額の合計額は、年末調整時に記載します。）
（注）一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
ロ 勤労学生……学校名と入学年月日及び令和7年中の所得の種類とその見積額
(注) 寡婦又はひとり親に該当する人については、この欄の記載を要しません。
- (10) あなたの同一生計内に所得者が2人以上いるときは、あなたの扶養親族等（控除対象配偶者、控除対象扶養親族又は障害者である同一生計配偶者若しくは年齢16歳未満の扶養親族をいいます。）を他の所得者の扶養親族等としたり、また、その生計内の扶養親族等を分けて控除を受けたりすることができます。このような場合には、その扶養親族等の氏名などを「D」欄に記載してください。
- (11) 「住民税に関する事項」欄は、①扶養親族のうち年齢16歳未満の人を有する場合及び②退職手当等（源泉徴収されるものに限ります。以下⑭において同じです。）の支払を受ける配偶者（退職所得を除く所得の見積額が133万円以下である人に限ります。）又は扶養親族を有する場合並びに③寡婦又はひとり親に該当する場合（退職手当等の支払を受ける扶養親族を有する場合に限ります。）に記載してください（住民税では、扶養親族等の要件とされる所得の金額には退職所得の金額は含めないこととされています。）。退職手当等の支払を受ける年齢16歳未満の扶養親族について、退職所得を含む所得の見積額が48万円を超える場合には、「16歳未満の扶養親族」欄は記載せず、「退職手当等を有する配偶者・扶養親族」欄のみ記載します。また、「控除対象外国扶養親族」欄又は「非居住者である親族」欄を記載した場合には、下記3②の確認書類を令和8年3月16日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。「住民税に関する事項」欄について、ご不明な点などがありましたら、お住まいの市区町村へお尋ねください。

3 添付書類

- (1) 年の途中で就職した人で前職のある人は、前の勤務先から交付を受けた源泉徴収票などを、また、年の途中で従たる給与を主たる給与に変更した人は、変更前の主たる給与支払者から交付を受けた源泉徴収票などを添付してください。
 - (2) 以下に掲げる親族が非居住者である場合に必要添付書類等の手続の詳細は、国税庁ホームページに掲載している「非居住者である親族について扶養控除等の適用を受ける方へ」をご確認ください。
イ 扶養控除又は障害者控除の適用を受ける扶養親族
ロ 源泉控除対象配偶者である配偶者
ハ 障害者控除の適用を受ける同一生計配偶者
- 【非居住者である親族について
扶養控除等の適用を受ける方へ】
- 
- (3) あなたが、勤労学生である場合（専修学校、各種学校の生徒や職業訓練法人の訓練生の場合に限ります。）には、文部科学大臣又は厚生労働大臣の証明書の写しと学校長又は職業訓練法人の代表者の証明書を添付してください。

4 扶養親族等の範囲

<p>【①同一生計配偶者】 所得者（この申告書を提出する人をいいます。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、令和7年中の所得の見積額が48万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が103万円以下）の人</p>
<p>【②控除対象配偶者】 ①の同一生計配偶者のうち、令和7年中の所得の見積額が1,000万円以下である所得者の配偶者</p>
<p>【③源泉控除対象配偶者】 所得者（令和7年中の所得の見積額が900万円以下の人に限ります。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、令和7年中の所得の見積額が95万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が150万円以下）の人 (注) 夫婦の双方がお互いに源泉控除対象配偶者に係る控除の適用を受けることはできませんので、ご注意ください。</p>
<p>【④扶養親族】 所得者と生計を一にする親族（配偶者、青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）、児童福祉法の規定による里子又は老人福祉法の規定による養護老人で、令和7年中の所得の見積額が48万円以下の人</p>
<p>【⑤控除対象扶養親族】 ④の扶養親族のうち、次の場合の区分に応じ、それぞれ次に該当する人 イ 扶養親族が居住者の場合 年齢16歳以上の人（平成22年1月1日以前に生まれた人） ロ 扶養親族が非居住者の場合 次のいずれかに該当する人 （イ）年齢16歳以上30歳未満の人（平成8年1月2日から平成22年1月1日までの間に生まれた人） （ロ）年齢70歳以上の人（昭和31年1月1日以前に生まれた人） （ハ）年齢30歳以上70歳未満の人（昭和31年1月2日から平成8年1月1日までの間に生まれた人）のうち、「留学により国内に住所及び居所を有しなくなった人」、「障害者」又は「あなたから令和7年中において生活費又は教育費に充てるための支払を38万円以上受けている人」</p>
<p>【⑥特定扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢19歳以上23歳未満の人（平成15年1月2日から平成19年1月1日までの間に生まれた人）</p>
<p>【⑦老人扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢70歳以上の人（昭和31年1月1日以前に生まれた人）</p>
<p>【⑧同居老親等】 ⑦の老人扶養親族のうち、所得者又はその配偶者の直系尊属で、所得者又はその配偶者のいずれかとの同居を常況としている人</p>
<p>【⑨障害者（特別障害者）】 所得者本人又はその①の同一生計配偶者や④の扶養親族で、次のいずれかに該当する人 イ 精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある人……全て特別障害者になります。 ロ 精神保健指定医などから知的障害者と判定された人……このうち、重度の知的障害者と判定された人は、特別障害者になります。 ハ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人……このうち、障害等級が1級の人には、特別障害者になります。 ニ 身体障害者手帳に身体上の障害がある者として記載されている人……このうち、障害の程度が1級又は2級の人は、特別障害者になります。 ホ 戦傷病者手帳の交付を受けている人……このうち、障害の程度が恩給法別表第1号表ノ2の特別項症から第三項症までの人は、特別障害者になります。 ヘ 原子爆弾被爆者に対する法律の規定による厚生労働大臣の認定を受けている人……全て特別障害者になります。 ト 常に就床を要し、複雑な介護を要する人……全て特別障害者になります。 チ 精神又は身体に障害のある年齢65歳以上の人（昭和36年1月1日以前に生まれた人）で、市町村長、特別区の区長や福祉事務所長からイ、ロ又はニに準ずる障害があると認定されている人……このうち、イ、ロ又はニの特別障害者と同程度の障害がある人は、特別障害者になります。</p>
<p>【⑩同居特別障害者】 ①の同一生計配偶者又は④の扶養親族のうち特別障害者で、所得者、その配偶者又は所得者と生計を一にするその他の親族のいずれかとの同居を常況としている人</p>
<p>【⑪寡婦】 所得者本人で、次のいずれかに該当する人のうち、令和7年中の所得の見積額が500万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が6,777,778円以下）、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人（⑫のひとり親に該当する人を除きます。） イ 夫と離婚した後婚姻をしていない人で、④の扶養親族を有する人 ロ 夫と死別した後婚姻をしていない人又は夫の生死が明らかでない人</p>
<p>【⑫ひとり親】 所得者本人で、次の全てに該当する人のうち、令和7年中の所得の見積額が500万円以下、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人 イ 現に婚姻をしていない人又は配偶者の生死が明らかでない人 ロ その所得者と生計を一にする子（他の人の①の同一生計配偶者又は④の扶養親族とされている者を除き、令和7年中の総所得金額等の見積額が48万円以下の子に限ります。）を有する人</p>
<p>【⑬勤労学生】 所得者本人で、次の全てに該当する人 イ 大学、高等学校などの学生や生徒、一定の要件を備えた専修学校、各種学校の生徒又は職業訓練法人の行う認定職業訓練を受ける訓練生であること。 ロ 自分の勤労に基づいて得た事業所得、給付所得、退職所得又は雑所得（以下「給与所得等」といいます。）があること。 ハ 令和7年中の所得の見積額が75万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が130万円以下）であって、そのうち給与所得等以外の所得が10万円以下であること。</p>

【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ご提出ください（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
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>

【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ご提出ください。

指定期日までにご用意いただくもの		口欄
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
就任日当日にご持参いただくもの		
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>

【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 平成 令和 7 年 3 月		
	職種(保有資格) ※2	看護師			
	学校名 学部学科等 ※3	○医療大学 □学部 看護学科			
	学校所在地 ※4	〒●●●-△△△△ 栃木県○○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 ○月 ○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 平成 令和 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 平成 令和 7 年 3 月		
	職種(保有資格) ※2	看護師			
	学校名 学部学科等 ※3	○医療大学 □学部 看護学科			
	学校所在地 ※4	〒●●●-△△△△ 栃木県○○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 ○月 ○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

記載不要

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

記載不要

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となりますので、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と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

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	Ⓜ	
	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

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】		就任日の住所を記入
住所	〒101-XXXX 東京都千代田区○●町1-2-3 ○●ビル405	
氏名	三井 花子 (印) 三井 (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	○●大学	
卒業学部・学科等	医療 学部 看護 学科 課程 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

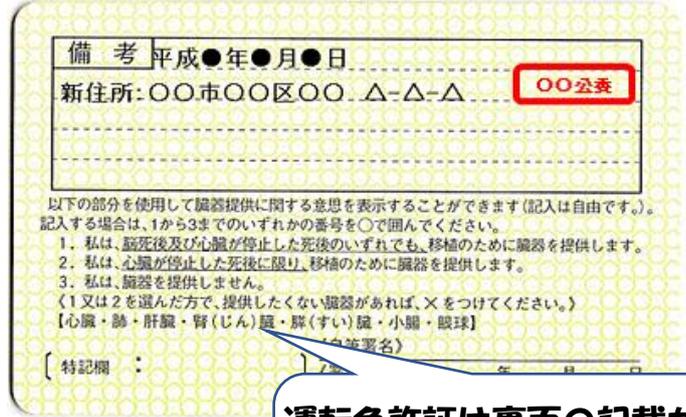
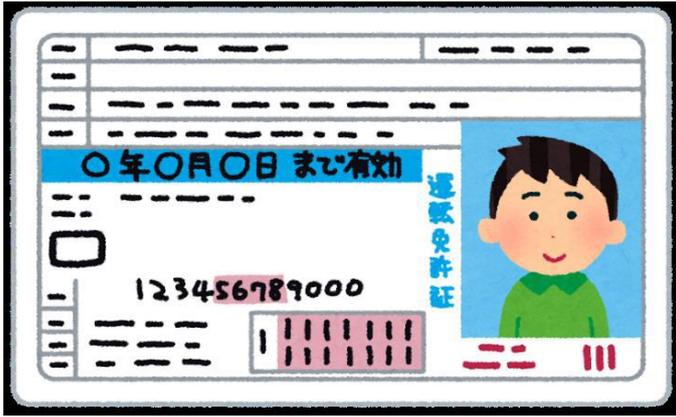
卒業学部・学科等

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



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でご用意ください）
（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** (フリガナ：**ミツイ タロウ**)
氏名(フリガナ)と入職予定日を記入ください (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でご用意ください）（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)

旧
保険医登録票
貼り付け用
のりしろ

前・勤務先が東京都以外(登録が「東医」以外)の場合は
この欄に、前・保険医登録票の写しを貼付ください。
登録票(原本)原寸大サイズ、カラーコピーで
貼り付けていただけますよう、お願いいたします。

書換が終わり「東医」の登録がなされましたら、
総務人事課でコピーを取らせていただいた後
保険医登録票(原本)をお渡しいたします。

新
保険医登録票
貼り付け用
のりしろ

前・勤務先から東京都(登録が「東医」)の場合は
この欄に保険医登録票の写しを貼付ください。
登録票(原本)原寸大サイズ、カラーコピーで
貼り付けていただけますよう、お願いいたします。

新規登録(研修医の方)の場合は、申請後届き次第
総務人事課でコピーを取らせていただいた後
保険医登録票(原本)をお渡しいたします。

【前・勤務先が関東信越エリア以外の常勤医師へ】 ※どちらかに入れてください

「管轄支局変更(異動)手続き」を前勤務先で済ませたうえで、ご就任ください

茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県

の10都県は届出不要で、今の登録票が有効となります(2021.2.10以降)

承諾しました

事情により前勤務先で手続きせず就任予定

<全員署名 必須>

氏名: (入職予定日: 年 月 日)

総務人事課 記載 (所属部署: / 職員番号:)

<医師職の方へ>

臨床研修修了証(㉑)と臨床研修修了登録証(㉒)

2004(H16年)3月卒業以降は、同年4月～臨床研修が
必須の為(歯科は1年)研修先で修了証が発行されています。

申請書と共に、「臨床研修修了証(写)」、「医師免許証(写)」、手数料を
ご自身で管轄の厚生局へ提出すると交付されます。

㉑ 臨床研修修了証
※発行元によって様式(フォーマット)は異なります

ふりがな	みつい たろう	
研修医の氏名	三 井 太 郎	
生 年 月 日	昭和 60 年 1 月 1 日生	
医籍登録番号	第 9 9 9 9 9 9 号	
医籍登録年月日	平成 29 年 〇 月 × 日	
修了した 研修プログラム	研修プログラム番号	研修プログラム名称
	0 3 0 0 〇 × 〇 〇 1	〇×病院卒後臨床研修プログラム
研修開始年月日	平成 27 年 4 月 1 日開始	
研修修了年月日	平成 29 年 3 月 31 日修了	
研修を行った 臨床研修施設	病院施設番号	管理型臨床研修病院の区分
	0 3 0 0 〇 ×	〇×病院
研修を行った 臨床研修協力病院	0 3 0 0 ● ●	×●病院
	0 3 0 0 × ×	×◎病院
研修を行った 臨床研修協力施設	0 3 0 0 △ ▲	□□医院
	0 3 0 0 ■ □	老人ホーム ＊＊＊＊＊

上の者は、〇×病院卒後臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

平成 29 年 3 月 31 日

〇×病院 院長 ◎◎ 太郎
同 臨床研修管理委員会 委員長 △△ 次長

初期研修を修了されたばかり
の医師の場合

< 裏 面 >

管轄の厚生局に登録証交付申請
書を提出した日付を記入ください

㉒ 臨床研修修了登録証

東京都
三 井 太 郎
昭和 60 年 1 月 1 日生

臨床研修を修了したことを認証し
医師法(昭和23年法律第201号)に
より医籍に登録する
よってこの証を交付する

平成 29 年 〇 月 × 日

厚生労働大臣 塩崎恭久

本登録は平成 29 年 〇 月 × 日
医籍第 9 9 9 9 9 号に登録

厚生労働省医政局長 神田裕二

臨床研修修了証を紛失されている場合は、研修した施設へ
ご連絡いただき、再発行の手続きを行ってください。

JCIの認証に伴う資格必要書類として、「臨床研修修了証」と「臨床研修修了登録証」の **両方が必要** です、ご提出ください。

<麻薬施用者免許証 提出のお願い>

第 1 - 9999 号

麻薬施用者免許証

〒 101-8643
麻薬業務所 所在地 東京都千代田区
神田和泉町1
名 称 社会福祉法人 三井記念病院

疾病治療の目的で業務上麻薬を施用、施用の為の交付、麻薬処方箋を交付する場合「麻薬施用者免許」の登録が必要となります。

●**前職より施用者免許登録のある方は、免許証(写)をご提出ください**●
(原本は病院管理でお手許にない場合が多いと思います。勤務先にご確認のうえ、写しをご用意ください)

※正職員(常勤)医師 → ・現在の勤務先が【都内の方】は、現在の勤務先で業務所変更の手続きを済ませてご就任ください。

・現在の勤務先が【他の道府県の方】は新規に申請しますので別紙ご対応ください。
(記入例を参照ください。東京都福祉保健局のHPにも様式があります。)

※非常勤医師 → 現在の(主たる)勤務先が都内で、当院でも施用の可能性がある場合は「従たる業務所」への登録が必要です。
現在の勤務先にて追記のご登録にご協力ください。

尚、施用者登録は就任日以降でないといけない為、入職後暫くはご不便おかけします事、ご容赦ください。
ご理解・ご協力の程宜しくお願いいたします。(例:4/1入職、薬剤部で申請→4月下旬を目安に登録完了)

住 所 東京都千代田区神田和泉町2-6

氏 名 三井 太郎

麻薬及び向精神薬取締法第3条第1項の規定により免許を受けた麻薬施用者であることを証明する。

平成 31 年 2 月 13 日
(2019)

東京都知事 小池 百合子



有効期間 平成31(2019)年 2 月 13 日から
平成33(2021)年 12 月 31 日まで

申請書を印刷する際は
「両面」設定でお願いします

の枠内をご記入ください。

- 訂正ある場合は二重線で削除し、正の情報を追記ください。
- 住所は「**就任日以降の居住地**」をご記入ください。
- 裏面（2枚目）も漏れなくご対応ください（医師の診断欄あり）。

【新規取得の対象者は3/19（火）必着でご提出ください】

麻薬施用者免許申請書

当該業務所の施用者数は、
この申請を含めて
a, 1人 b, 2人以上

麻薬管理者は
a, いる b, いない

※新たに麻薬診療施設になる場合のみ
地区医師会の加入
a, 有り (医師会)
b, なし

該当する事項を「記入」してください。

麻薬業務所	所在地	〒101-8643 東京都千代田区神田永代町		
	名称	社会福祉法人三井記念病院 (3862) 9111 ()		
従として診療に従事する麻薬診療施設（上記以外で麻薬を施用する東京都内の病院又は診療所）	(1)	所在地	東京都	
		名称	TEL ()	
	(2)	所在地	東京都	
		名称	TEL ()	
医師、歯科医師、獣医師免許の番号	医師、歯科医師、獣医師第 XXXXXX 号	医師、歯科医師、獣医師免許の年月日	昭和 XX 年 X 月 XX 日 令和	
申請者の欠格条項	(1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。	なし		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	なし		
備考	上記のとおり、免許を受けた 日付は記入不要 (東京都に申請する日付になり、薬剤部が記入します)			
住所	東京都千代田区	〇×町 1-2-3 〇×町ビル 405		
	ふりがな氏名	みつい たろう 三井 太郎		
東京都知事殿		就任日以降の居住地をご記入ください		

該当しない場合は「なし」と、該当する場合は裏面「注意事項」4のとおり記載してください。

※裏面の注意事項を確認の上、御記入ください。診断書の記載もれ等に御注意ください。
(摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。)

診 断 書

氏 名	三井 太郎	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	昭和 50年 1月 1日 平成	年 齢	XX才
上記の者について、下記のとおり診断します。			
1 精神機能	<input checked="" type="checkbox"/> 精神機能の障害 <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要		
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
診断年月日	令和 6年 3月 XX日		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称・連絡先	医療法人社団 <input type="checkbox"/> 会 <input type="checkbox"/> 病院	TEL 00 (0000) 0000
	所 在 地	埼玉県さいたま市△▲町9-9	
	氏 名	埼玉 一男 埼玉	

・申請人（入職者）以外の医師による診断が必要です。
正式名称での医療機関名、住所・連絡先、診断医氏名を記載していただき、指定期日にご提出ください。
（※診断欄の用意が難しければ総務へご一報ください※）
・診断年月日は就任日「前1ヶ月以内（4月入職者であれば3月中の日付）」で記載していただいでください。

- 注意事項** ■[麻薬施用者免許申請用] ■（摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。）
- 麻薬業務所の所在地・名称、申請者の住所・氏名は該当する文字を○で囲み、いずれも省略せず、保健所等へ提出された開設届等に記載のある正式な名称及び文字を記載してください。
 - 免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許年月日を記載してください。新規に申請書を提出する場合は、医師、歯科医師又は獣医師免許証の写し（裏書のある免許証は裏面の写しも必要です。）を持参してください。※
 - 今回申請した病院、診療所等において、申請者以外に麻薬施用者免許を受けている方がいない場合は、医療法・獣医療法に基づく開設届の控をお持ちください。※
※ 上記 2、3 の書類は、現免許の有効期間中に、翌年からの免許の申請(継続申請)をするときには不要
 - 申請者の欠格条項の各欄には、当該事実がない場合は「なし」と記載し、当該事実がある場合は、(1)欄：その理由及び取消年月日、(2)欄：その罪・刑・刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日、(3)欄：その違反の事実及び年月日をそれぞれ記載してください。
 - 診断書の有効期間は、診断日を含めて1か月間です。
 - 申請手数料 **¥4,600（令和3年4月1日現在）**
 - 免許の有効期間は、免許を受けた日からその翌々年の12月31日までです。
引き続き免許を希望される場合は、再度申請が必要です。
 - 2人以上の麻薬施用者（従として診療に従事する麻薬診療施設で診療に従事する者を含みます。）が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第33条第1項により、麻薬管理者を1人置くことが義務付けられています。
該当する場合は、別途「麻薬管理者免許」の申請をしてください。
 - 申請は窓口のみで受け付けており、郵送では取り扱っておりません。なお、免許証の交付については郵送が可能です。御希望の場合は角型2号の封筒に宛先を記載し、送付枚数に応じた切手（5枚以下：440円、6～15枚：460円）を貼り、申請時にお持ちください。
※継続申請時の郵送交付につきましては、別途御案内します。

免許 番号	
----------	--

当該業務所の施用量数は、 この申請を含めて a, 1人 b, 2人以上
麻薬管理者は a, いる b, いない
※新たに麻薬診療施設になる場合のみ 地区医師会の加入 a, 有り (医師会) b, なし

該当する事項を「記入ください」。

麻薬施用者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒101-8643 東京都 千代田 <input checked="" type="checkbox"/> 市 神田和泉町1番地		
	名称	社会福祉法人 三井記念病院 TEL 03 (3862) 9111 内線 ()		
従として診療 に従事する 麻薬診療施設 (上記以外で 麻薬を施用する 東京都内の病院 又は診療所)	(1)	所在地	東京都	
		名称	TEL ()	
	(2)	所在地	東京都	
		名称	TEL ()	
医師、歯科医師、 獣医師免許の番号	医師、歯科医師、獣医師 第 号	医師、歯科医師、 獣医師免許の年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
申請者の 欠格条項	(1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。			なし
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。			なし
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。			なし
備考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 住所 都道 府県 ふりがな 氏名 東京都知事 殿				

該当しない場合は「なし」と、該当する場合は裏面「注意事項」4のとおり記載してください。

※裏面の注意事項を確認の上、御記入ください。診断書の記載もれ等に御注意ください。
(摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。)

診 断 書						
氏 名				性 別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	年 齢	才
上記の者について、下記のとおり診断します。						
1 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に） _____ _____ </div>						
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
診断年月日	令和	年	月	日		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称・連絡先		TEL ()			
	所 在 地					
	氏 名					

注意事項 【麻薬施用者免許申請用】 （摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。）

- 麻薬業務所の所在地・名称、申請者の住所・氏名は該当する文字を○で囲み、いずれも省略せず、保健所等へ提出された開設届等に記載のある正式な名称及び文字を記載してください。
- 免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許年月日を記載してください。新規に申請書を提出する場合は、医師、歯科医師又は獣医師免許証の写し（裏書のある免許証は裏面の写しも必要です。）を持参してください。※
- 今回申請した病院、診療所等において、申請者以外に麻薬施用者免許を受けている方がいない場合は、医療法・獣医療法に基づく開設届の控をお持ちください。※
※ 上記 2、3 の書類は、現免許の有効期間中に、翌年からの免許の申請(継続申請)をするときには不要
- 申請者の欠格条項の各欄には、当該事実がない場合は「なし」と記載し、当該事実がある場合は、(1)欄：その理由及び取消年月日、(2)欄：その罪・刑・刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日、(3)欄：その違反の事実及び年月日をそれぞれ記載してください。
- 診断書の有効期間は、診断日を含めて1か月間です。
- 申請手数料 **¥4,600（令和3年4月1日現在）**
- 免許の有効期間は、免許を受けた日からその翌々年の12月31日までです。
引き続き免許を希望される場合は、再度申請が必要です。
- 2人以上の麻薬施用者（従として診療に従事する麻薬診療施設で診療に従事する者を含みます。）が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第33条第1項により、麻薬管理者を1人置くことが義務付けられています。
該当する場合は、別途「麻薬管理者免許」の申請をしてください。
- 申請は窓口のみで受け付けており、郵送では取り扱っておりません。なお、免許証の交付については郵送が可能です。御希望の場合は角型2号の封筒に宛先を記載し、送付枚数に応じた切手（5枚以下：440円、6～15枚：460円）を貼り、申請時にお持ちください。
※継続申請時の郵送交付につきましては、別途御案内します。

【お問合せ先】



東京都福祉保健局 健康安全部 薬務課 薬事免許担当

免許 番号	
----------	--

当該業務所の施業者数は、 この申請を含めて a, 1人 b, 2人以上
麻薬管理者は a, いる b, いない
※新たに麻薬診療施設になる場合のみ 地区医師会の加入 a, 有り (医師会) b, なし

該当する事項を「」記入ください。

麻薬施業者免許申請書

麻薬業務所	所在地	〒101-8643 東京都 千代田区 神田和泉町1番地		
	名称	社会福祉法人 三井記念病院 TEL 03 (3862) 9111 内線 ()		
従として診療 に従事する 麻薬診療施設 (上記以外で 麻薬を施用する 東京都内の病院 又は診療所)	(1)	所在地	東京都	
		名称	TEL ()	
	(2)	所在地	東京都	
		名称	TEL ()	
医師、歯科医師、 獣医師免許の番号	医師、歯科医師、獣医師 第 号	医師、歯科医師、 獣医師免許の年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
申請者 の 欠 格 条 項	(1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。			なし
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。			なし
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。			なし
備 考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
令和 年 月 日				
住所 都道 府県				
ふりがな 氏 名				
東京都知事 殿				

該当しない場合は「なし」と、該当する場合は裏面「注意事項」4のとおり記載してください。

※裏面の注意事項を確認の上、御記入ください。診断書の記載もれ等に御注意ください。
(摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。)

診 断 書						
氏 名				性 別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	年 齢	才
上記の者について、下記のとおり診断します。						
1 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に） _____ _____ </div>						
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
診断年月日	令和	年	月	日		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称・連絡先		TEL ()			
	所 在 地					
	氏 名		Ⓔ			

注意事項 【麻薬施用者免許申請用】 （摩擦熱等で容易に消色できるボールペンでの記入は不可。）

- 麻薬業務所の所在地・名称、申請者の住所・氏名は該当する文字を○で囲み、いずれも省略せず、保健所等へ提出された開設届等に記載のある正式な名称及び文字を記載してください。
- 免許の資格及び番号の欄は、該当する資格を○で囲み、その番号と免許年月日を記載してください。新規に申請書を提出する場合は、医師、歯科医師又は獣医師免許証の写し（裏書のある免許証は裏面の写しも必要です。）を持参してください。※
- 今回申請した病院、診療所等において、申請者以外に麻薬施用者免許を受けている方がいない場合は、医療法・獣医療法に基づく開設届の控をお持ちください。※
※ 上記 2、3 の書類は、現免許の有効期間中に、翌年からの免許の申請(継続申請)をするときには不要
- 申請者の欠格条項の各欄には、当該事実がない場合は「なし」と記載し、当該事実がある場合は、(1)欄：その理由及び取消年月日、(2)欄：その罪・刑・刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日、(3)欄：その違反の事実及び年月日をそれぞれ記載してください。
- 診断書の有効期間は、診断日を含めて1か月間です。
- 申請手数料 **¥4,600（令和5年4月1日現在）**
- 免許の有効期間は、免許を受けた日からその翌々年の12月31日までです。
引き続き免許を希望される場合は、再度申請が必要です。
- 2人以上の麻薬施用者（従として診療に従事する麻薬診療施設で診療に従事する者を含みます。）が診療に従事する麻薬診療施設の開設者には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第33条第1項により、麻薬管理者を1人置くことが義務付けられています。
 該当する場合は、別途「麻薬管理者免許」の申請をしてください。
- 免許証の郵送交付を御希望の場合はレターパックプラス（赤）に宛先を記入し、申請時にお持ちください。大量に申請する場合、又は簡易書留を希望する場合は交付枚数により送料が異なりますのでお問合せください。
※継続申請時の郵送交付につきましては、別途御案内します。

【お問合せ先】



東京都保健医療局 健康安全部 薬務課 薬事免許担当
 電 話：03(5320)4503（直通）