

【専攻医】 _____ 科 氏名: _____ 先生

同封したらチェックをしてください

1 履歴書関係	本人	市民病院	
		受領	W
(1) 専門研修願書			
(2) 履歴書(写真)			
(3) 誓約書			

2 免許関係	本人	受領	W		
(1) 医師資格情報等確認票(プロフィール用紙・ホスピフレンド原稿)					
(2) 医師免許証(写) 1部					
(3) 臨床研修修了登録証(写) 1部(平成16年度以降のみ)					
(4) 保険医登録票(写) 管内・埼玉、茨城、栃木、群馬、千葉、東京、新潟、山梨、長野				管内(原本は採用日) 原本 写し	管外(写し・変更届)
(5) 麻薬施用者免許証(写) 認定医・専門医等の写し(麻酔科医の場合、「標榜医」の写し) 身体障害者福祉法に基づく身障認定医の「指定書」(写)				県内(原本は採用日) 原本 写し	県外 不要
				緩和ケア証書	あり・なし

3 給与・厚生関係	本人	受領	W	
(1) 旅費口座振込書 添付: <input type="checkbox"/> 通帳の写し				
(2) 年金手帳の写し ※本人及び配偶者(扶養の場合)の分				
(3) 事前確認書				
(4) 通勤届(給与口座・通帳の写し) 添付: <input type="checkbox"/> 地図				
(5) 住民票				
(6) 給与所得者の扶養控除等(異動)申告書 添付: <input type="checkbox"/> マイナンバーの分かるもの(住民票兼可)				
(7) 駐車場使用申請書				必要な場合
(8) 駐輪場使用申請書				必要な場合
(9) 職員厚生会加入意向確認届出書				
(10) 雇用保険被保険者証の写し				

4 扶養関係(扶養家族を申請する場合のみ)	本人	受領	W
(1) 国民年金第3号被保険者関係届			
(2) 被扶養者申告書、扶養事実届出書、扶養状況申立書			
(3) 雇用保険に関する確認書 (配偶者扶養又は18歳以上の子で一度でも働いたことがある場合)			
(4) 扶養家族分の「マイナンバーのわかるもの」 ※上記のご提出後、その他必要な書類の提出依頼をします。			
		依頼 / 到着 /	

5 健康診断・ワクチン関係	本人	受領	W
(1) ワクチンの接種記録調査票			
(2) 健康診断結果(直近)の写し			

6 連絡先の確認	本人	受領	W
(1) メールアドレス確認票			

7 その他(該当者のみ)