

【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表(プロフィール用紙・ホスピフレンド原稿)				緩和ケア証書 あり・なし
(2) 医師免許証(写) 1部				管轄内からの異動は原本を採用日に提出
(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				
(5) 麻薬施用者免許証(写)	県内	県内	県内	県内からの異動は原本を採用日に提出
	県外	県外	県外	
認定医・専門医等の写し(麻酔科医の場合、「標榜医」の写し)				あれば
身体障害者福祉法に基づく身障認定医の「指定書」(写)				あれば

3 給与・厚生関係	本人	受領	W	
(1) 旅費口座振込申出書(必須:口座番号のわかる書類)				
(2) 年金手帳の写し(年金番号のわかるもの)				
(3) 事前確認書				
(4) 通勤届(給与口座・通帳の写し)				
(5) 住民票				
(6) 給与所得者の扶養控除等(異動)申告書				
(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) マイナンバーのわかるもの(住民票兼可)				
(10) 雇用保険被保険者証の写し				
(11) 職員厚生会加入意向確認届出書				

4 扶養関係	本人	受領	W
(1) 採用前の扶養状況確認について			

5 健康診断・ワクチン関係	本人	受領	W
(1) 免疫抗体価調査票(抗体価検査・ワクチン証明添付)			
(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)