



別紙様式 1

旧 姓 使 用 申 出 書

令和 年 月 日

国立大学法人群馬大学長 殿

学部等

職 名

氏 名

印

下記のとおり戸籍上の氏の変更後も職場において旧姓を使用したいので申し出ます。

記

1 使用する旧姓

2 戸籍上の氏

3 戸籍上の変更年月日

年 月 日

\*改姓前後の氏を証明する書面を添付すること。

別紙様式 1

旧 姓 使 用 申 出 書

令和28年3月15日

国立大学法人群馬大学長 殿

学部等 ○○学部  
職 名 助教  
氏 名 群馬 花子 ㊟  
(※戸籍上の姓で記入してください)

下記のとおり戸籍上の氏の変更後も職場において旧姓を使用したいので申し出ます。

記

- 1 使用する旧姓 赤城
- 2 戸籍上の氏 群馬
- 3 戸籍上の変更年月日 平成28年3月1日

\*改姓前後の氏を証明する書面を添付すること。

給与・旅費の振込み先の記入にあたり、本学では、東和銀行前橋北支店をメインバンクとしています。  
振込み手数料削減の観点から、可能であれば、東和銀行前橋北支店を指定してください。

別紙様式

給与の口座振込 申出 ・ 変更 申出書

群馬大学長 殿

年 月 日 申出

申 出 者	職員番号	いずれかに○を付けてください。		
	所 属	1. 新規		
	フリガナ	2. 住所変更 旧住所:		
	氏 名	3. 氏名変更 (旧姓: ) 旧姓使用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	生年月日	昭・平	年	月 日
住 所	フリガナ	4. 金融機関, 口座変更		
	〒	5. その他(具体的に)		
	自宅・携帯等	-	-	群大内線 PHS等

国立大学法人群馬大学教職員給与規程(給与の支払)第5条及び国立大学法人群馬大学  
非常勤講師教職員就業規則(給与の支払)第26条に基づき、下記のとおり 申出 変更を申出 ます。

振 込 先	金融機関等の名称	銀行 支店 金庫 支店 ゆうちょ 支店
	預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金
	口座番号	
	振込開始時期	年 月から
	※事務記入欄 (銀行コード)	-

- 注
- 該当する番号又は事項を○で囲むこと。
  - 振込先等は十分に確認のうえ明瞭に記入のこと。
  - 銀行口座名と口座番号が確認できる写し(A4版)を添付すること。
  - 変更の場合は、金融機関で変更手続きを行った後の通帳の写しを添付すること。

旅費の口座振込 申出 ・ 変更 申出書

国立大学法人群馬大学財務部長 殿

私に支払われる旅費は、下記の金融機関の口座へ振り込みくださるようお願いします。

いずれかの番号に○を付けてください。(○がない場合は、給与と同じ口座で登録します)

- 左記「給与の口座振込 申出 ・ 変更 申出書」と同じ口座 (以下記入不用)
- 下記の口座へ振り込み

※ 下記振込先欄等に記入すること。  
※ 銀行口座名と口座番号が確認できる写し(A4版)を添付すること。

※事務記入欄(変更事項連絡)	※事務記入欄
旧債主 _____ から変更	昭和地区事務部管理運営課
債主名・口座名義	担当者印
住所・電話・金融機関	担当係長印

振 込 先	金融機関等の名称	銀行 支店 金庫 支店 ゆうちょ 支店
	預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金
	口座番号	
	※事務記入欄 (銀行コード)	-

※事務記入欄	給与	/	支出	/
--------	----	---	----	---

職員証再交付願

年 月 日

群馬大学長 殿

所 属  
氏 名  
個人(職員)番号  
生年月日 昭・平 年 月 日生

印

下記理由により、職員証の再交付をお願いします。

記

<input type="checkbox"/> 紛 失	<input type="checkbox"/> そ の 他 ( )
<input type="checkbox"/> 改 姓 (旧氏名 )	

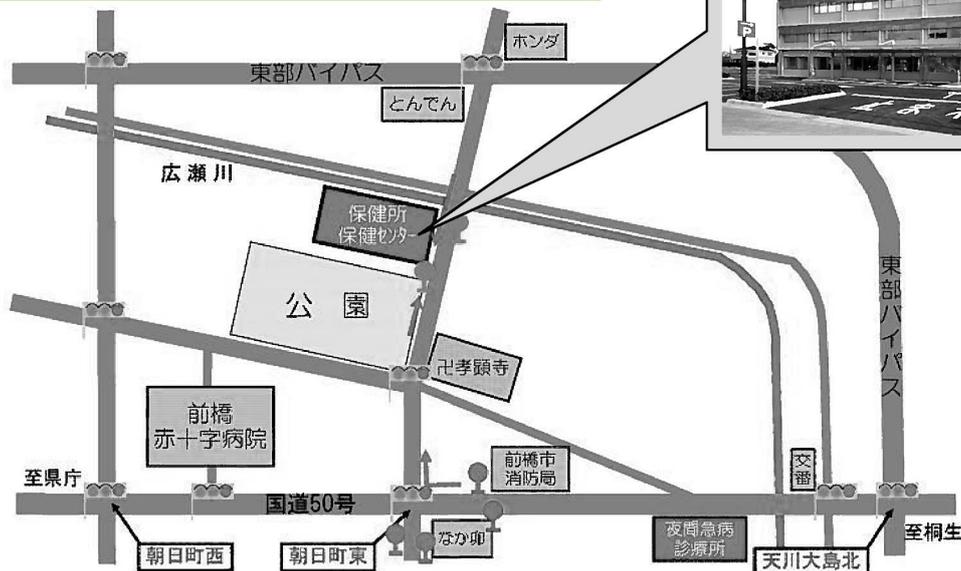
記載例

所 属 医学部附属病院 看護部  
氏 名 群馬花子 印  
個人番号 12345678  
生年月日 昭・ $\text{\textcircled{平}}$  1年 1月1日生

- 紛 失 の場合、拾われた職員証と区別するため、職員証に再交付とわかるように交付回数が記載されます。(二回目なら”②”)
- そ の 他 の場合、() 内に理由を記載願います。  
例：(磁気不良)

## 医療従事者免許の籍訂正・書換交付

群馬県内に住所がある場合  
申請先: 前橋市保健所 2階 保健総務課  
前橋市朝日町3-36-17  
TEL: 027-220-5781, 5782



受付日 月曜日から金曜日(祝祭日、年末年始を除く)

受付時間 8:30~17:15

### 交付する免許証の種類

国家免許:

医師, 歯科医師, 保健師, 助産師, 看護師, 診療放射線技師, 臨床検査技師, 衛生検査技師, 理学療法士, 作業療法士, 歯科技工士, 視能訓練士, 准看護師

### 【免許書換の申請】

#### ◆申請時期

事実発生後30日以内

#### ◆必要書類

- ①申請書
- ②戸籍抄本又は戸籍謄本(発行日から6か月を経過していないもの)
- ③免許証(原本)
- ④手数料 1申請につき収入印紙1,000円(H24.6から変更事項数に関わらず1申請分の手数料となりました)

※収入印紙は保健所では販売しておりません。予め郵便局等で入手してください。

### 【免許の受取り】

#### ◆交付時に持参するもの

- ①印鑑
- ②運転免許証等の身分証明書

※代理の方が受領に来られる場合、申請者本人の書いた委任状が必要です。

臨床工学技士, 歯科衛生士, 言語聴覚士については裏面をご覧ください

## 医療従事者免許の籍訂正・書換交付

臨床工学技士, 歯科衛生士, 言語聴覚士については, 登録事務を行う以下の各団体に申請してください。

また, 申請方法や必要書類についても, 各団体にご確認ください。

職種	登録事務を行う団体等	電話番号
臨床工学技士	厚生労働省医政局医事課試験免許室	03-5253-1111
歯科衛生士	(財) 歯科医療研修振興財団	03-3262-3381
言語聴覚士	(財) 医療研修推進財団	03-3501-6515



## << 記 入 上 の 注 意 >>

群馬大学医学部附属病院医療情報システムを新たに使用する方、所属、職種などに変更の生じた方は速やかにこの申請書を提出して下さい。

下記事項に注意して記入して下さい。

①申請種別

群馬大学医学部附属病院医療情報システム使用申請書を提出したことのある者は、変更を○で囲んで下さい。

②使用者番号

固有の番号を登録します。新規登録の場合は、医療情報係で付番します。変更の場合は以前の使用者番号を記入して下さい。

③④使用者カナ、漢字氏名

左詰めで記入し、姓と名の間に1文字分空白を入れて下さい。

⑤生年月日

西暦で生年月日を記入して下さい。

⑥パスワード

英数字を使い任意に記入してください。必ず8文字で設定して下さい。

大文字、小文字も区別されますので注意して下さい。

群馬大学医学部附属病院医療情報システム使用時に必要ですので必ず覚えておいて下さい。

⑦性別

性別を○で囲んで下さい。

⑧所属

所属する部、科等を記入して下さい。

変更の場合は新しい所属を記入して下さい。

⑨職種

該当する職種を○で囲んで下さい。該当する職種がない場合は「その他」を○で囲み、カッコ内に職種を具体的に記入して下さい。変更の場合は新しい職種を選択して下さい。

⑩役職

教授・准教授・助教・師長・副師長等を記入して下さい。

病院と雇用関係がない場合、非職員と記載して下さい。

⑪⑫医療関係免許・医療関係免許番号

医師、歯科医師、看護師、薬剤師等を記入して下さい。

免許番号を記入して下さい。

⑬使用開始日

西暦で使用開始日付を記入して下さい。

◎提出は、**医事課医療情報係（外来診療棟4階）**までお願いします。

記入方法について御質問等がありましたら、医療情報係（内線7838, 7839）まで御連絡下さい。

群馬大学医学部附属病院医療情報システム使用申請書

(様式 1)

西暦 20YY 年 MM月 DD日

情報化推進責任者  
(病院長) 殿

変更申請の場合

押印は必須

雇用形態や所属、改姓等が対象

部科名 ○○○部・科・課

部科長 ○○○部・科・課 長名

申請者 群大 太郎

印

印

群馬大学医学部附属病院医療情報システム運用管理内規第9条に基づき申請致します。

①申請種別 (新規・変更・退職・失効後再申)

※変更の場合  
使用していた電子カルテログインIDを記入して下さい  
注:職員番号ではありません

②使用者番号

※新規入職者は記入しない

0 0 0 \* \* \* \* \*

③使用者カナ氏名

クンタ イ タロウ

④使用者漢字氏名

群大 太郎

旧姓:○○

⑤生年月日

西暦 19YY年 MM月 DD日

枠外でいいので旧姓を記載していただきますようお願い致します

⑥パスワード

任意8桁(4桁以上の同じ値や生年月日は禁止)

⑦性別

(男・女)

⑧所属

変更がなければ空欄で大丈夫です

⑨職種

医師 変更箇所のみ記載をお願いします 作業療法士

申請状況が分からなければ、現在の状況を記載いただければ記載の通りに更新いたします

⑩役職

⑪医療関係免許

⑫医療関係免許番号

⑬使用開始日

西暦 20YY年 4月 1日

⑭連絡先番号

院内携帯 ( ) / 内線 ( )

※カルテに反映される連絡先になりますので、院内携帯を優先して記入してください。

以下は群馬大学所属の方のみ記載

⑮職員個人番号

## << 記 入 上 の 注 意 >>

群馬大学医学部附属病院医療情報システムを新たに使用する方、所属、職種などに変更の生じた方は速やかにこの申請書を提出して下さい。

下記事項に注意して記入して下さい。

①申請種別

群馬大学医学部附属病院医療情報システム使用申請書を提出したことがある者は、変更を○で囲んで下さい。

②使用者番号

固有の番号を登録します。新規登録の場合は、医療情報係で付番します。変更の場合は以前の使用者番号を記入して下さい。

③④使用者カナ、漢字氏名

左詰めで記入し、姓と名の間には1文字分空白を入れて下さい。

⑤生年月日

西暦で生年月日を記入して下さい。

⑥パスワード

英数字を使い任意に記入してください。必ず8文字で設定して下さい。

大文字、小文字も区別されますので注意して下さい。

群馬大学医学部附属病院医療情報システム使用時に必要ですので必ず覚えておいて下さい。

⑦性別

性別を○で囲んで下さい。

⑧所属

所属する部、科等を記入して下さい。

変更の場合は新しい所属を記入して下さい。

⑨職種

該当する職種を○で囲んで下さい。該当する職種がない場合は「その他」を○で囲み、カッコ内に職種を具体的に記入して下さい。変更の場合は新しい職種を選択して下さい。

⑩役職

教授・准教授・助教・師長・副師長等を記入して下さい。

病院と雇用関係がない場合、非職員と記載して下さい。

⑪⑫医療関係免許・医療関係免許番号

医師、歯科医師、看護師、薬剤師等を記入して下さい。

免許番号を記入して下さい。

⑬使用開始日

西暦で使用開始日付を記入して下さい。

◎提出は、**医事課医療情報係（外来診療棟4階）**までお願いします。

記入方法について御質問等がありましたら、医療情報係（内線7838, 7839）まで御連絡下さい。