

医療スタッフ情報票

枝番号		病医院名		院長名	
フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日

■職員の方を採用した場合(常用・パートに関わらず入社した時に作成してください)

採用日	年 月 日	マイナンバー	
雇用保険番号	不明な場合は前職社名 期間 ~		
住所	〒	性別	
電話番号			
支払態様	<input type="checkbox"/> 1.月給 <input type="checkbox"/> 2.週給 <input type="checkbox"/> 3.日給 <input type="checkbox"/> 4.時間給	賃金月額	千円
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 有期契約	正職員の場合は常用です。	
職種	<input type="checkbox"/> 02.専門的・技術的職業 (医師、看護師、薬剤師等) <input type="checkbox"/> 03.事務的職業 (医療事務員等) <input type="checkbox"/> 05.サービスの職業 (看護助手等)		
1週間の所定労働時間	時間 分	正職員の場合は40時間となります	
就職経路	<input type="checkbox"/> 1. 安定所紹介 <input type="checkbox"/> 2. 自己就職 <input type="checkbox"/> 3. 民間紹介 <input type="checkbox"/> 4. 把握していない		
契約期間の定め	有	契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	無	契約更新	有 無

■職員の方が退職、資格喪失の際に氏名変更される場合

フリガナ新氏名		変更年月日	年 月 日
---------	--	-------	-------

■職員の方が退職、資格喪失された場合

離職年月日	年 月 日	マイナンバー	
1週間の所定労働時間	時間 分	※正社員の場合は40時間となります	
離職票交付希望の有無	有・無	※ 離職票希望の場合、申請に時間がかかります。 元スタッフの方の求職者給付が遅くなってしまうので、お早めにご連絡をお願いします。	
離職票の送付先	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 本人		
喪失原因	<input type="checkbox"/> 1. 離職以外の理由 <input type="checkbox"/> 2. 3以外の理由 <input type="checkbox"/> 3. 事業主都合により離職		
賃金支払態様	<input type="checkbox"/> 完全月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 (基礎日数: 有 ( 日 ) ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 * 日給月給制で基礎日数の設定が無い場合は過去1年程度のタイムカード等のご提出をお願いすることがあります。		
退職理由	<input type="checkbox"/> ① 解雇 (事業主都合・懲戒等) <input type="checkbox"/> ② 契約期間満了 <input type="checkbox"/> ③ 事業主の勧奨による退職 <input type="checkbox"/> ④ 定年 ( 歳 ) / 定年 ( 歳 ) 後の勤務延長又は再雇用の終了 ( 歳 ) <input type="checkbox"/> ⑤ 1週間の所定労働時間が短縮し、20時間未満になった ( 本人都合・事業主都合 ) <input type="checkbox"/> ⑥ 病医院の閉鎖による退職 <input type="checkbox"/> ⑦ 本人の申し出 <input type="checkbox"/> ⑧ その他		
離職具体的理由			

※離職票交付の場合 添付書類 ①賃金台帳1年分 ②タイムカード写し(日給・時間給:1年分) ③退職届写しが必要となります。

※離職理由により確認資料をお願いすることがあります。

例:解雇予告通知書、退職証明書、労働契約書、希望退職募集要綱(写し)、就業規則(写し)など