

# ようこそ 今城クリニックへ

～医療法人今城クリニック～  
入社説明について



# 入社時 必要書類の確認について

## 入社時 必要書類

- 自筆の履歴書（写真添付）
- 住民票（世帯全員分と記載のあるもの）又は、外国人登録書原本 ※パスポート
- 年金手帳のコピー（年金番号と氏名が載っているもの）
- 資格、技術に関する証明書
- 職歴のあるものにあつては、雇用保険被保険者書
- 健康診断書（今城クリニックに提出） クリニックで診断可能  
【診察：月・火・木・金・土 の 8:30~12:00】
- 誓約書2部 【秘密事項、労働誓約】
- 契約書1部
- 身元保証書1部
- 職員名簿 【氏名・生年月日・入社日・住所・連絡先・緊急連絡先  
扶養に入れる家族名及び家族構成・交通手段 等記入】
- 本人の通帳コピー 氏名と口座番号の確認  
【指定銀行：関西みらい銀行 金剛東出張所（エコールロゼ 2階）】
- 現在使用している健康保険証のコピー
- 個人番号【マイナンバー】の提出  通知書及び運転免許証又は、カード、  
 本人・扶養家族個人番号一覧表
- 車通勤許可申請書
- その他 今城クリニックが必要とする書類  
【医師国民健康保険・厚生年金保険・雇用保険 等 必要手続（提出）書類】

### 《説明事項》

- 「有給休暇・欠勤のとり方について」  「だしなみ、遵守事項について」、
- 「全体会議・全体研修について」  「委任状・勤務変更届について」
- 「就業の場所及び従事する業務について」他

• 左記の書類一覧がお手元にあるか確認してください。それでは順番に入社手続きの提出書類・注意事項等説明します。

• お手元の資料をご覧ください。

# 誓約書

医療法人 今城クリニック

私は、地域の医療，福祉のために尽くすことを理念とし、患者様、利用者様の立場に立って考えて行動し、職員の輪を大切にし、自己の研修を重ね、また同時に医院の発展と繁栄を目指し、誠心誠意を持って仕事に取り組むことを誓います。

令和 年 月 日

氏名 印

- 誓約書は2種類あります。
- まず、左記の誓約書について説明します。
- お手元に左記誓約書をご準備ください。
- 私が読みますので、後に続いて音読してください。
- 内容をご理解及び承諾いただき今日の日付・氏名記入の上捺印してください

## 誓約書（2）

医療法人今城クリニック  
理事長 今城保定 殿

### 誓約書

私は、このたび 医療法人今城クリニック（以下、「会社」という。）に勤務するにあたって、次の事項を堅く守ります。

1. 雇用契約書に記載された事項、就業規則その他の諸規定等を守り、会社の指示、指導に基づき指定された職務を誠実に遂行します。
2. 社会的、公共的使命を常に自覚し、社員としての誇りを持って勤務し、会社の名誉を傷つけ、信用を失墜させるような行為はいたしません。
3. 職務上知り得た会社の機密および顧客の情報に関する事項は、在職中のみならず退職後においても、他に漏らすことは致しません。
4. 会社の業務を阻害する言動や会社の存立と相容れない言動はいたしません。
5. 私生活においても健康に留意し、良好な心身状態で勤務するようにつとめます。
6. 通勤、業務に問わず、車両の運転は法令を遵守するとともに安全運転に細心の注意を払います。業務中に万一、交通違反や交通事故を起こした場合はただちに会社に報告します。
7. 面接で私の一身上について申し上げたこと及び履歴書に記載したことは全て事実であります。万一、記載事項に事実と相違があり、もしくは、経歴を偽り、その他不正の手段により就職したときは解雇されても異議を申し立てることはいたしません。
8. 故意又は重大な過失により会社に御迷惑をおかけすることはいたしません。

以上のとおり、ここに誓約いたします。

令和 年 月 日

住所  
氏名

印

- **では、誓約書（2）について説明します。**
- **ここでは左記の誓約書について説明します。**
- **まず、私が読みますので続けて音読してください。**
- **内容を確認され、承諾いただけたら今日の日付と住所・氏名のご記入、捺印をお願いします。**

# 身元保証書

## 身元保証書

医療法人 今城クリニック  
理事長 今城保定 殿

住所  
氏名  
(本人) 生年月日 年 月 日

この度、上記本人が貴社に採用されるに当たり、身元保証人として本人の一身上に関する一切を引き受け、万一、本人が貴社との労働契約に違反したまたは故意もしくは過失によって貴社に損害を与えたときは、その損害の額の範囲で本人と連帯して賠償いたします。

なお、この身元保証期間は、本日より向こう5年間とします。

令和 年 月 日

身元保証人 住所  
氏名  
本人との関係 ( ) ㊞

身元保証人 住所  
氏名  
本人との関係 ( ) ㊞

- 身元保証書について説明します。
- まず、記載分を読みます。
- 続いて内容の解説と記入手順について説明します。
- (本人) はあなたの住所・氏名・生年月日を記入。
- (身元保証人) は学生でない20歳の方、お一人で結構です。
- 住所・氏名・本人との関係をご記入いただきご捺印下さい。

## 職員名簿の記載について

職員名簿				
ふりがな				性別
氏名				
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
入社日	令和	年	月	日
退職日	令和	年	月	日
現住所				
前職場名				
前職住所				
電話番号				
携帯電話				
緊急連絡先				
FAX 番号				
カナ				
扶養に入れる家族名				
家族	氏名	関係	生年月日	住所
交通手段	乗り物	出発地点		乗換又は、到着地点
	バイク	クリニックまで	km	
車	クリニックまで	km《許可必要》		
振込口座	銀行			

## ・職員名簿の記入について

氏名（ふりがな）・性別・生年月日・入社日・現住所・家の電話番号（ない方は記入不要）携帯電話（ない方は記入不要）・緊急連絡先は必ず記入してください。また記入された連絡先をお名前と続柄を記入して下さい。あなたが扶養する家族がいる場合は「扶養に入れる家族名と読み仮名」を記入してください。

家族欄は一緒に住んでいる家族（住民票等に記載されている等）全員を記入ください。

交通手段は徒歩・自転車・バイク・車等を記入自宅から施設までの距離を記入してください

振込口座は通帳のコピーを提出いただきますので記入不要です。

その他、退職日・前職場名・前職住所・FAXも記入不要です。

# 個人番号の提出について

## 個人番号【マイナンバー】の提出について（ご依頼）

平成28年1月からの番号法施行に伴い、事業所は、全ての労働者及びその労働者に扶養される全ての扶養家族（配偶者・扶養者等）の個人番号【マイナンバー】を収集する必要があります。

つきましては、下記（1、2、3、）全ての書類をご提出ください。

記

### 1、別紙「本人・扶養家族個人番号一覧表」 ご記入・ご捺印下さい。

注1 ご本人を含め、扶養される家族全員をご記入ください。

（個人情報関係上、扶養されない家族は記入しないでください。）

### 2、「通知カードの写し」又は「個人番号が記載された住民票の写し」

注1 「個人番号カード」をお持ちの方は、「個人番号カード両面（表・裏）の写し」でも可

注2 扶養家族の個人番号【マイナンバー】の写しは、提出不要です。

### 3、本人の「運転免許証の写し」

注1 運転免許証、お持ちでない方はクリニックから指定する書類。



《利用目的》

- ①給与所得・退職所得の源泉徴収票に関する事務
- ②地方税に関する事務
- ③雇用保険法に関する事務
- ④健康保険法・厚生年金保険法に関する事務
- ⑤労働者災害補償保険法に関する事務
- ⑥国民年金第3号被保険者制度に関する事務

個人番号【マイナンバー】のご提出がないと、法人の事業運営への支障、行政指導の対象、書類の延滞に伴う損失が生じることがありますので、クリニックとして未提出のスタッフには、相当の対応しますのでご了承ください。

・法の施行に伴い事業所は全てのスタッフ及びそのスタッフに扶養される全ての配偶者・扶養家族の個人番号を収集する必要があります。

左記資料に掲載の1、～3、の全ての書類をご用意ください。

1、については、次のページで説明します。

2、3、については下記のいずれかの書類を提出してください。

\* 「通知書＋運転免許証」写し

\* 「個人番号が記載された住民票」写し

\* 「カードの表・裏」の写し

注意：個人番号の提出がないと事業運営に支障が生じます。必ず提出してください。

## 本人・扶養家族の個人番号の記入方法

本人・扶養家族個人番号一覧表

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ④  
連絡先 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

私および私の扶養家族の個人番号について以下のとおり確認いたしました。

氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		

※注意！！ 扶養家族でない方の個人番号は記入しないでください。

- あなたの住所・氏名・連絡先記入。捺印してください。

### 【表の記入説明】

- この書類も必ず提出いただきます。
- あなたに扶養する親族がいる場合は、扶養する全ての方について各項目を記入してください。
- 扶養する親族がいない場合はあなたのことのみを記入してください。



# 有給休暇・欠勤に

## 有給休暇・欠勤のとり方について

各年次ごとに所定労働日の8割以上出勤したスタッフには年次有給休暇がつきます。  
出勤が8割以下の場合は付与されません。

週所定労働日数	勤続年数						
	6か月	1年 6か月	2年 6か月	3年 6か月	4年 6か月	5年 6か月	6年 6か月 ～
5日	10日	11日	12日	14日	16日	18日	20日
4日	7日	8日	9日	10日	12日	13日	15日
3日	5日	6日	6日	8日	9日	10日	11日
2日	3日	4日	4日	5日	6日	6日	7日
1日	1日	2日	2日	2日	3日	3日	3日

- スタッフは、年次有給休暇を取得しようとするときは書面により前日までに請求しなければならない。（前もって予定がわかっている場合は次月の勤務シフト作成前に報告する）但し、会社側には時期変更権がある。
- 当該年次に新たに付与した年次有給休暇は翌年次に限り繰り越される。（一番多い人で最大40日）翌々年次には当該年次の分が残っていても消滅する。
- 年に10日以上の有給休暇の権利を付与されたスタッフはそのうち5日間は基準日から1年以内に取得しなければならない。

### ※注意※

- ・ 有給休暇とは労働者の心身の向上を図るもの（リフレッシュするため）である。
- ・ 体調不良等で当日欠勤や早退した時には使えない。
- ・ Dr. の指示で帰る場合、評価には響かないが欠勤・早退扱いとする（No Work No Pay）。
- ・ 退職時に有給残をまとめて使うのは不可（退職は少なくとも2か月前までに申し出て、職務に影響がないよう引継ぎを行うこと）。
- ・ やむを得ず退職時に有給残をまとめて使用したい場合はしっかりと説明し、書面にてGMに報告すること。

- ・ 有給休暇は所定労働日の8割以上の出勤が必要です。
- ・ 有給日数は**基準日**の契約及び実際の勤務状況におうじ左記の表から給付します。  
（基準日とは入社日から6か月後の日です。毎年その日を基準日とします。例えば6月11日入社日の方は12月11日が最初の基準日となり毎年12月11日が基準日となります。）
- ・ 有給を取得する場合は出来るだけ早く希望日を相談してください。次月のシフトが確定するまでに、事前に確定した行事や冠婚等については早急に。葬祭や体調不良などやむを得ない場合でも前日までに申請してください。当日申請は欠勤となり有給取得は出来ません。
- ・ インフルエンザ等会社から出勤停止となった場合も欠勤となります（有給の使用可）ただし、

# 有給・欠勤・遅刻・早退の届け出について

勤 務 変 更 届 令和 年 月 日

氏名 ( )	所属 ( )		
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
備考			
		理事長	GM
		管理部長	管理者

勤 務 変 更 届 令和 年 月 日

氏名 ( )	所属 ( )		
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
備考			
		理事長	GM
		管理部長	管理者

勤 務 変 更 届 令和 年 月 日

氏名 ( )	所属 ( )		
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
R 年 月 日 ( ) ~ R 年 月 日 ( )	公休・有休・欠勤・遅刻・早退	理由	
備考			
		理事長	GM
		管理部長	管理者

有給の届出方法について説明します。

左の勤務変更届をご覧ください。この届出書は有給だけでなく、欠勤・遅刻・早退などにも使用します。

- ・有給は取得日の前日まで（出来る限り早く）
- ・遅刻・早退はその日のうちに
- ・欠勤は欠勤後の出勤日に

管理者または主任に必ず提出してください。

毎月10日が給与（勤怠）の締日ですので10日までに提出してください。

氏名・所属部署（施設）・対象となる日・対象項目・理由を記入してください。

全体研修を欠席する際もこちらの届が必要です。

必ず理由欄に欠席理由を記入し、備考欄に【全体研修の欠席】と記入してください。

## 身だしなみについて

❖介護するにあたり、医療法人にふさわしい身だしなみを心掛けましょう❖

ピアス…NG

指輪…結婚指輪OK(出っ張りが無いもの)、ファッションリングNG

腕時計…Ns.OK、介助に入っている人はNG

ネックレス…制服から見えなければOK、入浴介助中ははずしておく

ブレスレット・数珠…NG

爪…短くする、ネイルNG

ヘアカラー…過度な茶髪NG

基準はネスカフェゴールドブレンドのコーヒー粉末

化粧…他人からみて不快と感じさせないように

髪型…女性 肩についたら結ぶ

男性 長髪NG、ヒゲNG

服装…制服を正しく着こなす

※利用者様に危害が加わる恐れのあるものははずして下さい。

ネックレスはちぎれたりしても自己責任の元、管理して下さい。



# 身だしなみについて説明します 左記の書類をご準備ください

## 順番に読みながら説明しますので 確認してください

### 主に介護従事者用に作成して います。ナースや厨房職など介護 以外の方も基本は同様です。

### 部署や業務により一部異なる内 容もありますが管理者の指示や 指導に従ってください。

## 遵守事項 《一部就業規則より抜粋》

- 刺青、ピアス、つけ爪またはこれに類するものをして勤務してはならない。
- スタッフは他の病医院、会社、団体の役員または職員となり、あるいは営利を目的とする業務に従事しようとするときは、あらかじめクリニックの承認を受けなければならない。
- 許可なく職場内で掲示、配布、放送、集会、演説、署名運動、宗教運動、政治活動などの行為をしないこと。
- 許可なく営利を目的とする金品の貸借、物品の売買をしないこと。
- 許可なく寄付そのほかの諸金を募らないこと。
- 酒気を帯びて運転、出勤または勤務しないこと。
- 勤務上必要としない危険物などを所持しないこと。
- 勤務時間中、電話、メール等の私的な通信行為をしないこと。  
(勤務中は携帯電話をロッカーに入れておく。管理者及び管理者相当の職員は頻繁に仕事の連絡を取り合うので所持しても良い。但し、利用者様のペースメーカーや通話マナー等には十分留意すること。)
- 患者様・利用者様及びその関係者と職務の範囲を逸脱した交際はしないこと。

次に遵守事項について説明します。先ほどの「身だしなみについて」と重複する内容もありますが再度確認してください。

では、先ほどと同様、事項を読みながら説明しますので、一緒に確認してください。

部署や業務により一部異なる内容もありますが必ず管理者の指示・指導に従ってください。

# 全体研修の参加について

スタッフ各位

医療法人 今城クリニック

## 医療法人 今城クリニック

### 全体研修 出席について（確認）

今城クリニックでは毎月1回全体研修を実施しています。  
この研修は、スタッフ全員が参加することになっていますが一部のスタッフ、  
職種、施設により異なった判断（解釈）をされている場合があります。  
そこで、下記の注意事項を必ずご確認ください。

#### 1、開催日時と会場

- ◎毎月1回（基本は第2水曜日）
  - ◎18時30分～19時30分（1時間程度）
  - ◎すばるホール（富田林） 小ホール（2階）又は展示室（3階）
- 【注意】講師、会場、業務等の都合上、開催日時・場所等が変更や中止になることがあります。その場合は事前に管理者等に連絡します。スタッフに告知して下さい。

#### 2、参加対象

医療法人今城クリニックのスタッフ全員  
株式会社ハウスケアパートナーのスタッフ全員  
株式会社金剛医療サービスのスタッフ全員

#### 3、研修の目的

スタッフの資質向上と自己啓発  
スタッフのコミュニケーション形成

#### 4、勤務時間への換算

研修は業務（仕事）ですので所定労働時間【171h/月・177h/月等】に含まれています。よって、出席した場合、常勤スタッフは所定労働時間として給与支給されます。  
パート・アルバイトスタッフは、時給として支給されます。  
必ず会場の名簿に出席のチェックをして下さい。

#### 5、レポートの提出

出席者及び特例の欠席者は、研修レポート「気付き・行動変容シート」を管理者に必ず提出して下さい。  
「気付き・行動変容シート」用紙は管理者からもらってください。  
【㊟ 研修に出席されてもレポートの提出が無い場合は評価基準の対象となりません】

#### 6、特例の欠席者

研修の時間が当クリニックの勤務と重複する場合は出席が免除されますが上記（5、）のレポートの提出は必要です。  
諸事情でどうしても研修に出席できない場合は「勤務変更届」に理由を記載し管理者に提出して下さい。「勤務変更届」用紙は管理者からもらってください。  
管理者は欠席内容を確認し判断して下さい。  
ただし、上記（5、）のレポートの提出は必要です。  
【㊟ 研修への出欠は評価基準ですので、上記特例の欠席者より出席者の評価が高くなります】

#### 7、確認事項

全体研修は、処遇改善加算・交通費・昇給・賞与等の評価対象項目です。  
また、毎月管理者から配布される「自己評価表」の提出も必要です。

\*全てのスタッフの昇給・賞与の評価基準項目です  
\*介護従事スタッフは処遇改善加算の評価基準です

\*全体研修の出席（スタッフ全員）  
【研修時間と勤務時間の重複スタッフは免除】

\*全体研修の欠席（特例）  
【管理者に勤務変更届を提出し欠席の承認が必要】

\*レポートの提出（スタッフ全員）  
【出席者・免除者・特例の欠席者、全て対象】

\*自己評価表の提出（スタッフ全員）  
【スタッフは毎月管理者に提出が必要】

# 就業の場所及び従事する業務について

令和 年 月 日

様

富田林市向陽台1丁目4番17号  
医療法人 今城クリニック  
理事長 今城 保定

## 「就業の場所及び従事する業務」について（通知書）

表記「就業の場所及び従事する業務（以下「就業の場所等」と略す）」は、医療法人今城クリニック就業規則 第2章 第7条（労働条件の明示）のとおり雇用契約の締結に際し、明示する。

「就業の場所等」は、法人のすべての施設であり、雇入れ直後の「就業の場所等」は最初の配置にかかるもので、配属場所として命ずるものではない。

また、当クリニック就業規則 第2章 第8条（人事異動）のとおり、法人は、全てのスタッフに、業務上必要がある場合は、スタッフの異動を命ずることがある。この場合、スタッフは正当な理由なくこれを拒んではならない。

令和 年 月 日

医療法人 今城クリニック  
理事長 今城 保定 様

## 「就業の場所及び従事する業務」について（承諾書）

表記「就業の場所及び従事する業務（以下「就業の場所等」と略す）」は、医療法人今城クリニック就業規則 第2章 第7条（労働条件の明示）のとおり雇用契約の締結に際し、明示する。

「就業の場所等」は、法人のすべての施設であり、雇入れ直後の「就業の場所等」は最初の配置にかかるもので、配属場所として命ずるものではない。

また、当クリニック就業規則 第2章 第8条（人事異動）のとおり、法人は、全てのスタッフに、業務上必要がある場合は、スタッフの異動を命ずることがある。この場合、スタッフは正当な理由なくこれを拒んではならない。

このたび、私は標記の内容について説明を受け、十分理解いたしました。上記事項を了承して承諾いたします。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

# 車通勤する方へ

## 車通勤許可申請書

申請 令和 年 月 日

承認 令和 年 月 日

管理者	統括	GM	院長

所属	氏名
住所	

下記車両により通勤することを許可願います。

記

運転免許証	免許証番号	
	有効期限	
自動車検査証	所有者	
	登録番号	
	車名	
	車台番号	
	形式	
	有効期限	
自賠責保険	加入会社	
	保険証番号	
	有効期限	
通勤方法	経路	
	通勤距離	
	通勤時間	
備考	例) 悪天候時のみ・遅い時間の勤務時・日祝当番時希望 等	

※通勤方法、備考以外はコピー添付でも可

車通勤には条件があります。

- ①通勤距離が片道 2 km以上ある方
  - ②駐車スペースに限りがあるため 1 車両に 1 スペースの確保は出来ません。
  - ③駐車場での車移動は各自の責任となります。自分の車両は自分で移動する。他者の車両を移動する際の事故は自己責任となります。
  - ④各施設の駐車ルールに従う。
- ⑤申請書記入欄「運転免許証」「自動車検査証」「自賠責保険」の記入が困難な場合は、各書類の写しを添付してください。

## 保険関係について

### 住民票、年金手帳、資格・技術の証明書、雇用保険被保険者証の提出

当クリニックでは週20時間以上勤務するスタッフは雇用保険に週30時間以上勤務するスタッフは医師国民健康保険、又は社会保険に加入していただきます。

#### 【社会保険】

健康保険は、医師国民健康保険組合、または社会保険に加入していただきます。

年金保険は、厚生年金に加入していただきます。

加入手続きとして添付書類

「世帯全員分と記載ある住民票（原本）」「年金手帳の写し」「印鑑」「個人番号（扶養親族がある場合は全員分）」「当クリニック入社前に加入していた健康保険の情報」が必要ですのでご準備ください。尚、扶養親族の状況により上記以外にも添付書類が必要となる場合があります。

#### 【雇用保険】

過去に雇用保険に加入されていた方は「雇用保険被保険者証」を提出してください。紛失等で提出できない場合は必ず申出てください。

#### 【労務災害】

当クリニックは労働災害保険に加入していますので工作中的のケガや通勤途上の事故については労働災害や通勤災害が通勤災害が適用されます。

#### 【資格・技術の証明】

資格や技術を持っている方は資格証や証明書を提出してください。

看護師免許証、介護福祉士登録書、理学療法士免許証、介護職員初任者研修修了書 等



## 処遇改善加算について

介護職の方には入社後3ヶ月目から処遇改善加算及び交通費が支給されます。ただし、研修の出席や所定書類の提出が必要です。

また、支給対象月については、入社後3ヶ月目の勤務から対象となります。

ただし、期中（毎月12日～翌月10日）で入社された場合は、その月はカウントされません。例えば、当クリニックの給与締日は毎月10日で支払日は同月25日です。よって、1ヶ月の期間は毎月11日～翌月10日を基準としています。

下記の例を参照にしてください。

### 例1：5/11日入社の場合

5/11～6/10 + 6/11～7/10 = 2ヶ月となる  
7/11～8/10の勤務に対し計算8/25支給分に加算

### 例2：5/12日入社の場合

5/12～6/10の期間は1か月未満の為含みません  
6/11～7/10 + 7/11～8/10 = 2ヶ月となる  
8/11～9/10の勤務に対し計算9/25支給分に加算

処遇改善加算は別紙で説明しましたが下記の要件が必須です

「全体研修の出席」

「全体研修レポートの提出」

「自己評価表の提出」