

事 務 連 絡
令和4年1月31日

歯科医師臨床研修
研修予定者 各位

鹿児島大学病院
総務課長 鮎川 秋徳

事務手続き説明会の開催について

標記の件について、下記のとおり説明会を開催いたしますのでお知らせします。

記

1. 日 時：令和4年2月8日(火) 13:45～ 受付
14:00～ 説明会開始(1時間程度)
2. 場 所：Zoomを使用したWEB開催
3. 対象者：第115回歯科医師国家試験を受験し、鹿児島大学病院での研修を予定している者

以上

【送付書類】

事務手続き説明会に関する書類一式

【説明会について】

1. 歯科医師免許申請の手続き
2. UMIN-IDについて
3. 令和4年度の研修について
4. 歯科医師賠償請求保険について
5. 診療用ゴーグル、診療靴について
6. 宿舎の希望について

(問い合わせ先)
〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1
鹿児島大学病院
総務課臨床研修係 吉留、加古
TEL：099-(275)-6720, 6668 FAX：099-(275)-6846
E-mail：rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp

提出書類一覧について

※令和4年3月4日（金）必着です。【期限厳守】

それぞれの書類の記入方法は、説明会書類に記載されています。

記入漏れや不足書類がないことを、送付の前にもう一度☑でご確認ください。

1	☐	歯科医師免許申請書
2	☐	診断書
3	☐	登録証明書用郵便はがき 353円分の切手を貼付
4	☐	戸籍抄（謄）本
5	☐	収入印紙 60,000円
6	☐	罰金以上尾計に処されたことがある場合の書類（該当者のみ）
7	☐	-google予約申し込み書（希望者のみ）
8	☐	DEBUT UMIN-ID取得についてにアンケート

鹿児島大学病院

事務手続き説明会

日 時： 令和4年2月8日（火） 14：00～
受 付： 13：45～

オンライン会議システムを使用して開催いたします。



※ミーティング ID、パスコードは、
メールでお知らせいたします。

※13：45以降に Zoom にログインし、ミーティング ID、パスコードを入力後、待機室でお待ちください。

名前は、漢字のフルネームで設定してください。例：鹿大花子

《注意事項》

- 説明会当日は、この資料を見ながら説明を行いますので、お手元に準備していただきますようお願いいたします。
- 歯科医師免許申請書、診断書、保険医登録票は、在学中の大学より配布があると思います。既卒の方は、各都道府県の保健所などで取得してください。
- 説明会当日に記入方法を説明し、同時に申請書に記入をしていただければと思いますので、歯科医師免許申請書、診断書、保険医登録票を2月8日(火)までにお手元に準備しておくようお願いいたします。

鹿児島大学病院

歯科医師免許申請手続き書類について

鹿児島大学病院では、4月1日採用予定者の歯科医師免許申請について、3月16日（水）の歯科医師国家試験合格発表後、当院において一括して行います。ついては、事前に下記必要書類等の提出をお願いいたします。

1. 提出書類等：

- ① 歯科医師免許申請書
- ② 収入印紙（登録免許税）（□6万円）
- ③ 診断書（□申請日に対して1ヶ月以内のもの）
※採用書類と同封した健康診断書とは異なる
- ④ 登録済証明書用郵便はがき（□353円切手）
- ⑤ 戸籍抄（謄）本（□申請日に対して6ヶ月以内のもの。コピー不可）
- ⑥ その他…罰金以上の刑に処せられたことのある者は、別途必要書類あり（3頁参照）

2. 提出先： 鹿児島大学病院 総務課 臨床研修係（病院管理棟3階）

提出期限： **令和4年3月4日（金）必着**

- ・郵送の場合は、必ず「書留」で郵送してください。
- ・鹿児島大学病院研修歯科医の採用予定者のみ手続きを行います。
- ・やむを得ない事情により、期限までに提出できない者は必ず連絡願います。

※提出が遅れると採用も遅れる場合があるので、ご注意ください。

3. 国家試験の合否の連絡先： 総務課 臨床研修係

- ・合否の確認ができ次第、臨床研修係まで連絡してください。
- 【電 話】099-275-6720, 6668
【E-mail】rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp

- ・不合格の場合も必ず連絡してください。
- ・合否の連絡がなく、確認できない場合は申請を行えませんのでご注意ください。

4. その他：

- ・申請書類はホッチキス留めせずに提出すること（当係で確認の上、処理いたします）。

問い合わせ先：

鹿児島大学病院

総務課臨床研修係 吉留、加古

〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘八丁目35番1号

E-mail: rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp

TEL) 099-275-6720,6888 FAX) 099-275-6846

歯科医師免許申請における提出書類等について

① 歯科医師免許申請書（４頁参照）

- ・厚生労働省から配付された申請書を使用すること。
- ・黒のボールペンを用い（フリクションボールペンは不可）、文字は楷書で正確に、氏名は戸籍抄本で確認のうえ記入すること。
（訂正する場合は、＝線を引き訂正印を押すこと。）
- ・数字は右側に詰めて記入すること。
- ・申請年月日は記入しないこと。
- ・受験地、本籍地のコード番号は、別表コード表（５頁）を見て記入すること。
- ・鹿児島市保健所に申請するため、申請書の住所は、必ず鹿児島市内の住所を記入すること。
（大学病院の住所でも可：鹿児島市桜ヶ丘８－３５－１）
- ・申請書を紛失、汚損した場合は、各自、保健所からもらうこと。

・氏 戸籍の筆頭者の文字
・名 本人の戸籍上の文字

② 収入印紙（登録免許税） ６０，０００円（４頁右上参照）

- ・郵便局などの販売所で購入すること。
- ・①の医師免許申請書の「収入印紙欄」に左詰めで、所定の枠内に１枚ずつ貼付すること。

・収入印紙は、３枚以内にする。
例） ２万円 … ３枚， ３万円 … ２枚， ６万円 … １枚

③ 診断書（医師免許申請書の２枚目に添付のもの）（６頁参照）

- ・国公立病院、民間病院、保健所及び本学の保健管理センターなどの医療機関で受診。
- ・発行日から１ヶ月以内のもの（３月１日以降の診断月日であることが望ましい）。

・診断書の氏名も戸籍と同じ文字で記入すること。
・訂正箇所がある場合は、診断した医師の訂正印が押印されていること。
・病院等の名称と所在地は、それぞれの欄内に記入していること。

④ 登録済証明書用郵便はがき １枚（７頁参照）

- ・厚生労働省が配布したはがきを使用すること。
- ・３５３円分の切手を貼ること。（事務処理上速達扱い）
- ・はがきの宛先住所氏名は、下記のとおり記入すること（一括して同時期に受け取るため）。
（すでに宛名を自分の住所を記入してしまった人は、＝線で訂正し書き直すこと。）
- ・登録済証明書の裏面の氏名も戸籍抄本のとおり記入すること。

〒８９０－８５２０
鹿児島市桜ヶ丘８丁目３５番１号
鹿児島大学病院 総務課 臨床研修係 気付
研修歯科医 ○ ○ ○ ○ 殿
（○印は、申請者本人の氏名記入）
※必ず研修歯科医と記入して下さい

⑤ 戸籍抄（謄）本 １通

- ・本籍地の市区町村の役所（役場）で発行
- ・発行日から６ヶ月以内のもの（令和３年１０月１日以降発行のものが望ましい）。
- ・受験願書提出後、婚姻等により戸籍に変更があれば新しい戸籍抄本を添付すること。

罰金以上の刑に処されたことがある場合

罰金以上の刑に処されたことの有無について、有に○を付した場合、次の(a)～(c)の書類を添付すること

- (a) 罰金以上の刑にかかる判決謄本または略式命令書（紛失した場合は再発行して提出すること）
- (b) 罰金刑については当該罰金にかかる領収証書（紛失した場合は支払った旨の申述書を提出すること）
- (c) 反省文

（注）次の場合は、上記書類の添付及び申請書への記載は要しない

1) 消滅した刑の場合（下記参照）

主な刑の消滅事由

- ・禁固以上の刑の執行を終わり、またはその執行を免除された者が、罰金以上の刑に処せられないで10年を経過したとき
- ・罰金以下の刑の執行を終わり、またはその執行が免除された者が、罰金以上の刑に処せられないで5年を経過したとき
- ・刑の免除の言渡しを受けた者が、言渡しが確定した後、罰金以上の刑に処せられないで2年を経過したとき
- ・刑の執行猶予の言渡しを取り消されることなく猶予期間を経過したとき

2) 交通反則告知書（いわゆる青切符）による反則金の納付の場合（罰金刑ではない）

記入例

全て黒色のボールペンで記入してください。

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

※左詰めで行内に貼付け

歯科医師免許申請書

受験地コードは別紙にて確認すること

平成 令和	4	年	1	月	施行	第	1	1	5	回	歯科医師国家試験合格	受験地	福岡県	受験番号		X	X	X	X
----------	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	------------	-----	-----	------	--	---	---	---	---

数字は右側に詰めて記入

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

東京都 田中 濱子

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、歯科医師免許を申請します。

令和 年 月 日

本 (国籍)	籍 鹿児島 都 道 府 県	←戸籍抄(謄)本に 書かれている本籍
住 所	〒890-8520 鹿児島 都 道 府 県 鹿児島市 桜ヶ丘8-35-1 鹿児島市内に住所のある方はその住所を記入 住所がない方は、下記の住所を記入	
電 話	090 (1234) 5678 ←携帯電話の番号を記入	
ふりがな	(氏)たかさき	(名)はまこ
氏 名 (裏面II(4)参照)	高崎	濱子
	(旧姓) 田中	濱子
通 称 名 (裏面II(5)参照)		
生 年 月 日	昭和 平成 令和 西 暦 8 年 4 月 23 日	

←戸籍抄(謄)本どおりに記入

性 別	男
	女

←住民票の写しに通称名が記載されている外国籍の方で、免許証に氏名と通称名の併記を希望する場合に記入

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

〈受験地コード番号〉

新規免許申請書の「受験地コード」は下記より該当する番号を記入してください。

記

北海道	〇 1	新潟県	〇 5	広島県	〇 9	沖縄県	1 3
青森県	〇 2	愛知県	〇 6	香川県	1 0		
宮城県	〇 3	石川県	〇 7	福岡県	1 1		
東京都	〇 4	大阪府	〇 8	熊本県	1 2		

診 断 書

氏 名	高崎 瀧子		性 別	男	女 ☒
生年月日	昭和 平成 ☒ 令和 西暦	8 年 4 月 23 日	年 齢	25 才 ← 診断時の年齢	
上記の者について、下記のとおり診断します。 ※ 1～5までの診断項目は、必ずどちらかにチェック☑をしてもらうこと 1. 視覚機能 目が見えない ☐ 該当しない ☐ 該当する 2. 聴覚機能 耳が聞こえない ☐ 該当しない ☐ 該当する 3. 音声・言語機能 口がきけない ☐ 該当しない ☐ 該当する 4. 精神機能 精神機能の障害 ☐ 該当しない ☐ 専門家による判断が必要 5. 麻薬、大麻又はあへんの中毒 ☐ なし ☐ あり					
診 断 年 月 日	令和 4 年 3 月 12 日				
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	鹿児島大学病院			
	所 在 地	〒890-8520 鹿児島市桜田8丁目35-1 TEL 099-275-5111 ※電話番号も必ず記入			
	診 療 科	000科	氏 名	医師名	

【注意事項】

※必ずどちらかに☑を記載してください。

※業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。

なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。

※「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書（裏面）をあわせて提出してください。

※本様式は、歯科医師免許申請用。職種に応じて診断項目は変わるので、注意してください。

※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。

「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、
 該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が裏面を記載して下さい



(表)

353円分
(63円+290円)の
切手を貼ること
(速達扱い)

切手を
はって
下さい

8 9 0 8 5 2 0

高
崎

濱
子
殿

鹿児島大学病院
総務課臨床研修係 気付
研修歯科医

鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号

名前は戸籍抄本どおり
の文字を記入すること

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2
厚生労働省医政局医事課試験免許室免許登録係

(裏)

登 録 済 証 明 書

氏 名	高 崎 濱 子
登 録 番 号	第 号
登 録 年 月 日	

上記のとおり 歯科医籍 に登録されたことを証明する。

厚生労働省
医政局長

(備 考)

- この登録済証明書は、就職等諸
手続の際、免許証が手元に届くま
での間、暫定的に使用するための
ものであり、証明の有効期限は、
証明日から2か月間である。
なお、この証明書は、再交付し
ないので取扱いについては十分注
意すること。
- 免許証が手元に届いた際には、
必ず就職先等へ呈示すること。
- 歯科医師法の規定により、2年
ごとの年末 (次回は令和4年) に
おける氏名、住所等の事項を翌
年の1月15日までに、保健所を経
由して厚生労働大臣に届け出な
ければならないこととされている
ので留意すること。

令和4年度研修歯科医予定の皆さんへ

1. 令和4年度研修歯科医ガイダンス（予定）

期 日：4月1日(金)・4日(月)・5日(火)

集合場所及び受付時間：※後日お知らせいたします。

4月1日(金)：新規採用者ガイダンス

4月4日(月)：研修歯科医ガイダンス

4月5日(火)：研修歯科医ガイダンス

*写真撮影

4月4日(月)は、診療衣を着て写真撮影(職員証用)を行いますので、
診療衣(ケーシータイプ)を持参してください。

2. 研修開始に向けて

1) AおよびBプログラムにおける研修診療科の希望調査

4月4日(月)ガイダンスで各診療科での研修について説明があります。
その後、最終希望調査を行いますので、予め検討しておいてください。

2) 基礎研修および患者診療 4月6日(水)～

(各自で準備しておくもの)

診療衣(白色、ケーシータイプと長袖白衣を着用、襟なし不可)

診療用靴(白色、スリッパ・ヒール・紐靴・スポーツシューズなど不可、商品案内あり)

ゴーグル(購入案内あり)

技工道具、その他学部実習等で使用した器具類(手持ちの範囲で可)

3. 注意事項

令和4年1月21日付け鹿児島大学長通知により、鹿児島大学の学生、教職員は、以下の行動を厳守するよう指示されています。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 密集、密接、密閉の場はつくらない。立ち入らない。2. 他人がいる場では、不織布マスクを着用し、こまめに手指消毒に努める。3. 多人数に限らず長時間の飲食や、カラオケ等は自粛する。4. まん延防止等重点措置・緊急事態宣言が適用されている地域や、感染者が多数出ている地域への不要不急の外出等は自粛する。 |
|---|

また、感染リスクが高まる「5つの場面」(①飲食を伴う懇親会等、②大人数や長時間におよぶ飲食、③マスクなしでの会話、④狭い空間での共同生活、⑤居場所の切り替わり)を踏まえ、集団行動(特に飲み会、カラオケ等)について、強く自粛を求められています。

これらに伴い、新規採用予定者に皆さんには、採用日までの2か月間、海外への渡航を禁止するとともに、まん延防止等重点措置・緊急事態宣言が適用されている地域への不要不急の移動は強く自粛を要請します。鹿児島県外から移住される方は、可能な限り14日前の3月18日(金)には鹿児島に来ていただき、2週間の健康観察期間を設けていただくようお願いいたします。

なお、これらの状況は随時変更される可能性がありますので、本院歯科医師臨床研修のホームページをご覧ください、最新の情報を確認するようよろしくお願いいたします。

ゴーグル予約申し込み

ゴーグルをお持ちでない方は、下記の5種類を準備しております。

申し込み希望の方は、下記に記入の上、3月4日（金）までに臨床研修係へご提出ください。

お申込みいただいた方は、4月4日（月）の研修歯科医ガイダンスにて料金をお支払いいただき、商品をお渡しいたします。

お名前	品番	連絡先	備考

品番	商品名	価格(税込み)	備考
1	ウベックス VD-201F (スモークグリーン・曇り止め加工)	2,100	
2	ウベックス VS-101F (ライトグリーン・曇り止め加工)	2,000	
3	ウベックス MP-822 (<u>グリーンorブルーorレッド</u> ・曇り止め加工)	1,000	3色の中からカラーをお選びください。 ※備考欄にカラーを記入すること。
4	ウベックス VS-301F (ブルー・メガネ可・曇り止め加工)	2,000	
5	ウベックス X-9195 (ブルー・メガネ可・曇り止め加工)	3,000	

①ウベックス VD-201F (スモークグリーン・曇り止め加工)



②ウベックス VS-101F (グリーン・曇り止め加工)



③ウベックス MP-822 (グリーンorブルーorレッド・曇り止め加工)



④ウベックス VS-301F（ブルー・メガネ可・曇り止め加工）



⑤ウベックス X-9195（ブルー・メガネ可・曇り止め加工）



ドクターシューズをご購入予定の皆さんへ

女性用



188-36

【定価】 4,290 円（税込）

【生協価格】 3,640 円（税込）

【対象】 女性用

【型番】 KAZEN188-36

【サイズ】 21.5 cm～26.0 cm

【ウィズ】 3E

男性用



188-15

【定価】 4,840 円（税込）

【生協価格】 4,110 円（税込）

【対象】 男性用

【型番】 KAZEN188-15

【サイズ】 24.0 cm～29.0 cm

【ウィズ】 3E

※購入予定の方は、鹿児島大学生協 桜ヶ丘店（2 階）にて、各自注文
をお願いいたします。（注文後届くまで1週間～10日かかります。）

連絡先：099-265-4339（鹿児島大学生生活協同組合桜ヶ丘店）

DEBUT UMIN ID 取得についてのアンケート

名前 _____

1. UMIN IDを取得していますか。
- () 取得しています。 → 質問2にお答えください。
- () 取得していません。 → 質問3にお答えください。
- ※該当する () に○をしてください

2. 【取得している場合】 UMIN ID を記入してください。

UMIN ID

3. 【取得していない場合】 氏名と生年月日を記入してください。
- ※こちらからDEBUT当局へID登録申請を行います。

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 西暦 年 月 日

※氏名には、必ずふりがなをお願いします。

提出期限：令和4年3月4日(金)

※取得している場合、UMIN ID・PWD の書かれた紙の写しを一部添付してください。

なお、お預かりした情報(ID・PWD)は研修開始後、皆さんがIDを紛失された場合の情報提供にのみ使用いたします。

もし、臨床研修係での管理を希望されない場合は、この用紙にその旨記載の上、提出してください。

※所属大学でこれから取得する予定(一括登録)の方・現在申請中の方は、この用紙にその旨記載いただき、お手元にIDが届き次第、写しを一部送付ください。

(提出先)

〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

鹿児島大学病院

総務課臨床研修係 吉留、加古

TEL：099-(275)-6720, 6888 FAX：099-(275)-6846

E-mail：rinshou2@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp