様式第一号（第一条関係）

資格取得報告書

下記のとおり報告します。

令和　　年　　月　　日

日本私立学校振興・共済事業団理事長　殿

学校法人等所在地	郵便番号（ 807 - 8555 ） 北九州市八幡西区医生ケ丘１番１号
学校法人等名	学校法人　産業医科大学
代表者名	理事長　生田　正之
事務連絡先電話番号（必ず記入してください）	市外局番 093 局番（ 603 ） 番号 1611 ／ 担当者氏名

1	学校記号番号				学校名
□21010 □21020 □21030	県コード	学種	学校番号		学校法人　産業医科大学
	11 40	A	0016		

※事業団記入欄						
内発	週及	年齢	休校	付番	低給	解除
122	123	124	125	126	127	129

該当する番号を○で囲んでください。
1.　新規資格取得　　2.　継続資格取得　　3.　再資格取得　　（継続資格取得・再資格取得の場合、最終前任校の番号を必ず記入してください）

※個人番号	枝番	加入者氏名（氏と名の間に△を入れて下さい）	生年月日	性別	マイナンバー
18	00	フリガナ 23 漢字 48	39 3 昭 4 平　年　月　日	80 1. 男 2. 女	1. 有 2. 無　130

46 01

資格取得年月日	職名	報酬月額	最終前任校の加入者等記号・番号（継続・再取得の場合に記入）	最終前任校退職年月日	基礎年金番号（基礎年金番号の無い者は、2を○で囲み、理由を記入して下さい）
81 5 令　年 08　月 04　日 01		固定的給与：基本給・扶養手当・通勤手当等　円 現物給与　円 非固定的給与：超過勤務手当・宿日直手当・研究費等　円 合計　88 百 十 万 千 百 十 円	95 県コード　学種　学校番号　個人番号　枝番 00	年　月　日	107 1. 有 2. 無　108 ― 1. 20歳未満で初めて就労するため　2. 外国籍で日本で初めて就労するため 3. その他（　　）

46 02

住所			
郵便番号	フリガナ	55 ト・ドウフ・ケン	63 シ・グン　ク・マチ・チョウ ムラ・ソン
48 ―	漢字	157 都・道 府・県	165 市・郡　区・町・村
町名・字名以下を記入してください。	フリガナ	87	※事業団記入欄
	漢字	189	居住先国 269　解除 272

46 01

次の「資格確認書　発行要否」の欄の□に、チェック（✓）を必ず記入してください。なお、継続資格取得の場合は、記入不要です。

資格確認書　発行要否	資格確認書の発行が必要な場合は、以下に該当する場合に限ります。
142 □ 1.発行が必要 □ 0.発行は必要ない	・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

私学事業団受付印

※欄は記入しないでください。

11010　2025.04