

例規名： 岩手県教育委員会被服貸与規程

昭和33年岩手県教育委員会訓令第2号

様式番号	様式名	関係条文
様式	被服貸与票	3の2



例規名： 岩手県教育委員会公印規程

昭和34年岩手県教育委員会訓令第1号

様式番号	様式名	関係条文
様式	公印台帳	8

様式

教育委員会公印台帳

年 月 日作成（廃止）

印 刻 文 字		
管 守 機 関		
印材・大きさ		
用 途		
(印影)		
区 分	年 月 日	刻 印 所
作 成	年 月 日	
使 用	年 月 日	
廃 止	年 月 日	
所 管 換 え	年 月 日	
備 考		

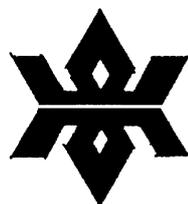
例規名： 岩手県教育委員会服務規程

昭和40年岩手県教育委員会訓令第7号

様式番号	様式名	関係条文
様式第 1 号	職員記章	3
様式第 2 号	職員記章再交付申請書	3
様式第 3 号	出勤簿	4
様式第 4 号	職務専念義務免除申請書	7
様式第 5 号	職務専念義務免除承認整理簿	7
様式第 6 号	勤務場所外研修承認申請書	8
様式第 7 号	勤務場所外研修報告書	8
様式第 8 号	大学院修学休業許可申請書	8の2
様式第 9 号	営利企業等従事許可申請書	9
様式第 10 号	営利企業等従事許可整理簿	9
様式第 11 号	営利企業等離職（廃止）届	9
様式第 12 号	兼職等従事承認申請書	10
様式第 13 号	兼職等従事承認整理簿	10
様式第 14 号	専従許可申請書	10の2
様式第 15 号	専従許可取消事由発生届	10の2
様式第 16 号	妊産婦の時間外労働等に関する請求書	10の9
様式第 17 号	最終退庁者名簿（学校にあつては、最終退校者名簿）	13
様式第 18 号	時間外登退庁者名簿（学校にあつては、時間外登退校者名簿）	13
様式第 19 号	私事旅行（転地療養）届	14
様式第 20 号	復命書	16
様式第 21 号	事務引継書	19
様式第 22 号	当直命令通知書	24
様式第 23 号	当直日誌	33

様式第1号

岩 手 県 職 員 記 章



- |   |     |            |
|---|-----|------------|
| 1 | 大きさ | 直径11ミリメートル |
| 2 | 台地  | 銀いぶし       |
| 3 | 文字  | 金張り        |

様式第2号

年 月 日

岩手県教育委員会教育長

様

職員記章再交付申請書

所 属	
職	
氏 名	
職員番号	
再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 損傷 (理由)

注 損傷した場合は、現物を添付してください。

(A4)



職務専念義務免除申請書

年 月 日 提出

岩手県教育委員会教育長  様	所 属	
	職、氏名	
① 免除申請の期間又は時間	年 月 日 時 分から ( 日 時間 分) 年 月 日 時 分まで	
② ①欄の期間又は時間のうち 給与を減額しないことにつき 承認を求める期間又は時間	年 月 日 時 分から ( 日 時間 分) 年 月 日 時 分まで	
③ ①欄の期間又は時間のうち ②欄の期間又は時間以外の期 間又は時間	年 月 日 時 分から ( 日 時間 分) 年 月 日 時 分まで	
④ 申 請 の 理 由		
⑤ 所 属 長 の 意 見		職 氏名

備考1 ④欄には、できるだけ詳細に記載するものとし、他の団体の役職員として当該団体の業務に従事する場合は、当該団体における地位、職務内容等を具体的に記載するものとする。

2 ⑤欄には、申請内容と業務の都合等の関連について所属長が簡明に記載すること。この場合において、教育次長、本庁の室課の長、参事及び局付並びに教育事務所長及び教育機関の長に係る申請については、記載する必要はないこと。

職務専念義務免除承認整理簿

教職員課総括課長承認に係るもの							所属長承認に係るもの						
検印	月日	請求	変更	累計	用務	印	承認印	月日	請求	変更	累計	用務	印
		日 時	日 時	日 時					日 時	日 時	日 時		

- 備考 1 職務に専念する義務が免除された期間のうち給与が減額されるものについては、朱書してください。  
 2 検印、印及び承認印の欄には、押印に代えて記名することができます。

勤務場所外研修承認申請書

年 月 日 提出

所属長 様	所 属	
	職・氏名	㊟
日 時	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 時 分) ( 時 分)	
場所及び 連絡先		
目 的		
内 容		

備考1 日時欄の「( 時 分)」は、時間単位で承認を申請する場合にのみ記載してください。

2 内容欄には、研修の内容等を具体的に記載してください。また、必要に応じ資料等を添付してください。

勤務場所外研修報告書

年 月 日 提出

所属長 様	所 属	
	職・氏名	㊦
日 時	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 時 分) ( 時 分)	
場 所		
目 的		
内 容		

備考1 日時欄の「( 時 分)」は、時間単位で承認を得た場合にのみ記載してください。

2 内容欄には、研修した内容等を具体的に記載してください。また、必要に応じ資料等を添付してください。

大学院修学休業許可申請書

年 月 日 提出

岩手県教育委員会 様	所 属			
	職 ・ 氏 名		㊟	
現在保有している 免許状の種類				
在 職 年 数				
取得しようとする 専修免許状の種類				
修学しようとする 大学の大学院若し くは専攻科又はこ れらに相当する外 国の大学名等（外国 の場合は国名も記 載すること。）	大学名	課程等	試験日	合格発表日
請 求 期 間	年 月 日から 年 月 日まで（年間）			
申 請 の 理 由				

備考 募集要項、修学に関する計画書等参考となる資料を添付してください。

営利企業等従事許可申請書

年 月 日 提出

岩手県教育委員会教育長 様	所 属	
	職 ・ 氏 名	
従事しようとする私企業等の種類・名称・所在地		
就こうとする職名・地位		
就こうとする職務の内容		
本人が就職しなければならない理由		
報 酬 の 有 無 (あればその額)		
従 事 期 間		
そ の 他 参 考 事 項		
※ 所属長の意見		
職 氏名		

備考 ※の欄には、所属長が従事しようとする者の業務との関連等について意見を簡明に記載すること。ただし、本庁の室課の長、参事及び局付並びに教育事務所長及び教育機関の長にあつては、記載の必要はないこと。

営利企業等従事許可整理簿

					職	氏名		
所属長 許可印	従事しようとする 私企業等の種類・ 名称・所在地	就こうとする 職名・地位	就こうとする職 務の内容	本人が就職しなければなら ない理由	報酬の有無 (あれば その額)	従事期間		印

営利企業等離職（廃止）届

年 月 日 提出

岩手県教育委員会教育長  様	所 属	
	職 ・ 氏 名	㊟
従事していた私企業等の 種類 ・ 名称 ・ 所在地		
就いていた職名 ・ 地位		
従事していた職務の内容		
離職（廃止）年月日		
離職（廃止）の理由		
その他参考事項		

兼 職 等 従 事 承 認 申 請 書

年 月 日 提出

岩手県教育委員会教育長  様	所 属	
	職 ・ 氏 名	㊟
1 兼職等従事しようとする公署又は団体等の名称及び所在地		
2 兼職等従事しようとする職名及び地位		
3 兼職等従事しようとする職務（事業）の内容		
4 本人が兼職等従事しなければならない理由		
5 報 酬 の 有 無		

兼 職 等 従 事 承 認 整 理 簿

所 属 長 承 認 印	兼職等従事しよ うとする公署又 は団体等の名称 及び所在地	兼職等従事し ようとする職 名及び地位	職		氏名	報酬の有 無	印
			兼職等従事し ようとする職 務（事業）の 内容	本人が兼職 等従事しな ければなら ない理由			



専従許可取消事由発生届

年 月 日 提出

岩手県教育委員会 様	所 属	
	職 ・ 氏 名	㊟
従事していた職員団体の名称		
就いていた職員団体の役職名		
専従許可を受けている期間		
取消しを受け職務に復帰しようとする 期 日		
届 出 の 理 由		
	職 氏名	㊟

妊産婦の時間外労働等に関する請求書

年 月 日

岩手県教育委員会教育長  様	所 属	
	職・氏名	
請 求 の 内 容	時間外労働・休日労働・深夜業に従事しないこと	
請 求 の 時 期	年 月 日 から 年 月 日 まで	

備考1 妊娠中の者にあつては、医師の証明書等を添付してください。

2 請求の内容欄は、該当するものを○印で囲んでください。

(A4)

最 終 退 庁 者 名 簿

年 月 日 当直管理者

㊦

所 属	職	氏 名	退 庁 時 刻	鍵受領者 印	所 属	職	氏 名	退 庁 時 刻	鍵受領者 印

- 備考 1 当直管理者は、記名押印に代えて署名することができます。
- 2 鍵受領者印の欄には、押印に代えて記名することができます。
- 3 1 庁舎 1 公所にあつては、当直日誌に必要事項を記載してこの名簿に代えることができます。



私 事 旅 行 （ 転 地 療 養 ） 届

岩手県教育委員会教育長 様	所 属		所 認 属 長 印	
	職・氏名			
期 間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）			
旅行（療養）先				
理 由				
その他参考事項欄				

- 備考 1 不要の文字は消し、その他参考事項欄には連絡先等を記載してください。  
2 所属長認印の項には、押印に代えて記名することができます。

様式第20号（第16条関係）

第1ガイド		起案年月日	文書年月日
第2ガイド			
第3ガイド		決裁年月日	発送年月日
ファイル名			
文書番号			
所属 職 氏名・電話		公印承認	
<p>標題</p>			
<p>(伺い文、要旨等)</p> <p>このことについて、次のとおり復命します。</p> <p>1 復命者職・氏名</p> <p>2 出張期間 年 月 日から 年 月 日まで</p> <p>3 用務</p> <p>4 用務先</p> <p>5 受命事項</p> <p>6 復命要旨及び関連特記事項</p> <p>7 主要資料名</p>			
<p>(回議・合議)</p>			
取扱区分	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 重要 <input type="checkbox"/> 例規		その他 ( )
発送区分	<input type="checkbox"/> システム内 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 県報 <input type="checkbox"/> 県HP <input type="checkbox"/> インフォ <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX		その他 ( )

事 務 引 継 書

		認 印 欄		
		総括課長	担当課長	課 員
所属長	様	引継者職・氏名		
		引受者職・氏名		

備考 認印欄の職名は適宜変更することができ、認印欄には押印に代えて記名することができます。



当 直 日 誌

当直管理者認印			月 日	曜日	
当直者	職	氏 名	次直者	職	氏 名
記 事					
当直管理者認印			月 日	曜日	
当直者	職	氏 名	次直者	職	氏 名
記 事					

例規名： 岩手県教育委員会安全衛生管理規程

昭和41年岩手県教育委員会訓令第4号

様式番号	様式名	関係条文
様式第 1 号	衛生管理者等選任報告書	15
様式第 2 号	予防接種実施者名簿	34, 37
様式第 3 号	予防接種不参届	35
様式第 4 号	予防接種実施結果報告書	37
様式第 5 号	健康診断受診届	44
様式第 6 号	健康診断結果判定通知書	45
様式第 7 号	職員療養（継続）報告書	47
様式第 8 号	療養経過報告書	47
様式第 9 号	健康管理区分変更申請書	48, 49
様式第 10 号	診断書	48
様式第 11 号	診断書	48
様式第 12 号	健康管理区分判定通知書	49
様式第 13 号	保護措置等通知書	50
様式第 14 号	保護措置等報告書	50
様式第 15 号	療養解除報告書	50
様式第 16 号	採用者健康診断書	52

主任安全衛生管理者 様

（教職員課厚生福利担当課長又は出先機関の長）

衛生管理者等選任報告書

組 織 名	職・氏名
衛生管理者等の 名 称	
選 任 年 月 日	
資格取得年月日	
現在の職務内容	
摘 要	

備考1 衛生管理者等の名称は、法又はこれに基づく命令に定める名称を記入してください。

2 資格を有することを証明する書類（衛生管理者免許証等）の写しを添付してください。

様式第2号（第34条、第37条関係）

予 防 接 種 実 施 者 名 簿

		課 等 名			
予防接種 の 種 類		実 施 年月日	年 月 日	在職者数	
職	氏 名	実 施 結 果		摘 要	
		済	未 済		

備考 他で既に予防接種を受けた者、予防接種の禁忌者等で予防接種を受けることを要しない者、予防接種不参届を提出している者等については、その旨「摘要」欄に記入してください。





(表)

年 月 日

産業医 様  
(各室課等の長 経由)

健 康 診 断 受 診 届

課 等 名		職 ・ 氏 名		(職員番号 )				
健康診断の種類		受診できなかった理由						
診 断 書								
既 往 歴		血 圧		～ mm Hg				
自覚症状及び他覚症状		尿検査	糖	-	±	+	++	+++
身 長			蛋白質	-	±	+	++	+++
体 重		貧血検査	血色素量	g/dl				
B M I			赤血球数	10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>				
腹 囲			血球容積	%				
視力	右		M C V	fl				
	左		M C H	pg				
聴力	右	1,000Hz	1 所見なし 2 所見あり	肝機能検査	G O T	U/l		
		4,000Hz	1 所見なし 2 所見あり		G P T	U/l		
	左	1,000Hz	1 所見なし 2 所見あり	γ-GTP	U/l			
		4,000Hz	1 所見なし 2 所見あり	総コレステロール	mg/dl			
検査方法		1 オーディオ 2 その他	血中脂質検査	LDL コレステロール	mg/dl			
胸部エックス線検査		(直接・間接)  No. 年 月 日撮影		HDL コレステロール	mg/dl			
				トリグリセライド	mg/dl			
				血糖検査	血 糖	mg/dl		
				へモグロビン A1c	%			
		心電図検査						
		その他の検査						
か げ 咳 痰 検 査		就業上の注意事項						
本書 (裏面を含む。) のとおり診断する。								
				年 月 日				
所在地 〒								
医療機関名								
医師名				電話				

備考 受診できなかった健康診断の検査項目と同一の検査項目について検査を受けてください。ただし、自己都合による場合は、法定の検査項目のみでも差し支えありません。

## (裏)

肝機能 検査	L D H	U/l	眼底検査（片眼）	
	総 蛋 白	g/dl		
	ア ル ブ ミ ン	g/dl	前立腺がん検査（P S A）	ng/ml
	A / G			
腎機能 検査	ク レ ア チ ニ ン	mg/dl		
	推算糸球体ろ過量 (eGFR)	ml/min/1.73m <sup>2</sup>		
尿 酸		mg/dl		
尿検査	潜 血			
	ウロビリノーゲン			

備考1 本面は、表面にない検査項目について受診する者のみ使用してください。

2 前立腺がん検査（P S A）は、50歳以上の男性職員のみ受診可能です。

健康診断結果判定通知書

所属機関	教育委員会		課等名		
No.	課等名 職員番号/氏名	健康管理 区分	検査結果	産業医の所見及び指示事項	

年 月 日

(判定者)  
産業医

主任安全衛生管理者 様  
 （産業医経由）

（各課等の長）

職 員 療 養 （ 継 続 ） 報 告 書

課 等 名		職・氏名		(職員番号 )			
生 年 月 日		年 月 日生		年 齢	歳	性別 男・女	
病 名							
療 養 場 所							
療 養 開 始 年 月 日		年 月 日		健康管理区分			
療 養 の 経 過	療 養 (見 込) 期 間	1	年 月 日 ~		年 月 日		
		2	・	・	~	・	・
		3	・	・	~	・	・
		4	・	・	~	・	・
	病 気 休 暇 承 認 期 間	1	年 月 日 ~		年 月 日		
		2	・	・	~	・	・
		3	・	・	~	・	・
		4	・	・	~	・	・
休 職 期 間	1	年 月 日 ~		年 月 日			
	2	・	・	~	・	・	
摘 要							

備考1 診断書を添付してください。

2 学校の長にあつては、「主任安全衛生管理者 様（産業医経由）」とあるのを、「主任安全衛生管理者 様」とし、本報告書を主任安全衛生管理者あて提出するとともに、写しを産業医に提出してください。

産業医 様  
 ((各課等の長) 経由)

療 養 経 過 報 告 書 (第 回)

課 等 名		職 ・ 氏 名	(職員番号 )
療 養 開 始 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日 生
病 名	※		
身 長	cm	体 重	kg
一 般 症 状 理 学 的 所 見 そ の 他 所 要 事 項	※		今 後 の 療 養 見 込 期 間
	年 月 日 まで		
検 査 成 績	※		エックス線所見等
			直接 間接  No. 年 月 日 撮影
現 在 行 っ て い る 治 療 法	※		
病 状 の 前 回 と の 比 較	※ 軽快 不変 悪化		
主 治 医 の 住 所 等	※ 所在地 〒 医療機関名 医師名 電話		
療 養 の 場 所			
摘 要			

備考 ※欄は、医師が記入してください。

産業医 様

((各課等の長) 経由)

健 康 管 理 区 分 変 更 申 請 書

課 等 名		職 ・ 氏 名	(職員番号 )
生 年 月 日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女
希望健康管理区分		現健康管理区分	A1
現 健 康 管 理 区 分 となつた年月日	年 月 日	療養開始年月日	年 月 日
		病休開始年月日	年 月 日
病 名			
病 歴			
職 務 内 容			
理 由			
通 勤 方 法	1 徒歩 時間 分 2 自転車 時間 分 3 バス 時間 分 4 鉄道 時間 分 5 その他 ( ) 時間 分		
摘 要			

注 診断書（様式第10号又は様式第11号）を添付してください。

診 断 書

住 所					
氏 名		生年月日	昭和 年月 ( 日生 歳)	性 別	男・女
病 名			発病年月日	年 月 日	
合 併 症			発病年月日	年 月 日	
既 往 症					
身 長	. cm	体 重	. kg		
現 症	エ ッ ク ス 線 所 見 等				
	① 直接 間接			No. 年 月 日	撮影
検 査 成 績	② 直接 間接				
			No. 年 月 日	撮影	
(既往の医療の種類、方法及び経過)					
(今後必要とする医療の種類及び方法)					
就 業 の 可 否 及 び 注 意 事 項	(1) 就業の可否 (該当を○で囲み、期日等を記入してください。)		(2) 就業可の場合の就業上の注意事項 ※ 勤務時間、業務量、業務内容等についての制限が必要な場合は、その内容を詳細に記入してください。		
	ア 就業可( 年 月 日から)				
イ 就業不可 (今後 年 月間療養を要する)					
参 考 事 項					
上記のとおり診断する。					
所在地 〒			年 月 日		
医療機関名					
医師名			電話		

※ この診断書を発行する際は、密封の上、産業医あての「親展扱い」で発行するようお願いいたします。

様式第 11 号 (第 48 条関係 精神及び行動の障害による疾病の場合)  
(表)

診 断 書

(A4)

住 所					
氏 名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)	性別	男・女
診 断	主たる 病 名	※ ICD-10 の分類コード ( )		発 病 年月日	年 月 日
	従たる 病 名	※ ICD-10 の分類コード ( )		発 病 年月日	年 月 日
就 業 の 可 否 等	※ 該当を○で囲み、期日等を記入してください。				
	就 業 可  ( 年 月 日から)		就 業 不 可  (今後 年 月間の療養を要する)		
就 業 可 の 場 合 の 就 業 上 の 注 意 事 項	※ 勤務時間、業務量、業務内容等についての制限が必要な場合は、その内容を詳細に記入してください。				
	制限が必要な期間	年 月 日まで (又は 日間、 月間)			
参 考 事 項					
本書 (裏面を含む。) のとおり診断する。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〒</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">電話</p>					

(裏)

家族歴 と現在の同居 の状況	(父) (祖父母) (母) (祖父母)
	(兄弟・姉妹) (子・孫)
	(その他) (配偶者) 婚姻 年 月 日
既往歴	[疾病及び外傷]
	[性格、知能]
	[飲酒、喫煙]
	[生活史]
	[教育史・校歴]
現病歴	
発病時の状況	※ 今回エピソード発症時の状況を記入してください。なお、今回のエピソードの契機となったライフイベントが存在するようでしたら併せて記入してください。
病状と治療の経過	※ 薬物療法に関しては、診断書記入時に投薬している処方のうち、現在の精神疾患に関連する処方内容すべて（食後薬、就眠時薬、頓服、各薬物の1日量、内服方法等）を記入してください。 なお、他院での投薬内容までは必要ありません。
現在の症状	
予後	※ 治癒の状況、ストレス脆弱性の残存状況、特異的なストレス脆弱性の有無等を記入してください。

備考 病名欄の括弧内には、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正）の分類コードを記入してください。

※ この診断書を発行する際は、密封の上、産業医あての「親展扱い」で発行するようお願いいたします。

((各課等の長) 又は 産業医  
(各課等の長)) 様

(産業医又は主任安全衛生管理者)

健康管理区分判定通知書

課 等 名		職 ・ 氏 名	
病 名		申 請 年 月 日	年 月 日
判 定 年 月 日	年 月 日	適 用 年 月 日	年 月 日 から
健康管理区分			
各課等の長の 講ずべき事後措置 その他健康管理に 必要な意見 ※ 事後措置の必要な職 員について記入してく ださい。			

事後措置等通知書

(身分)	(氏名)
<p>岩手県教育委員会安全衛生管理規程第 条 項の規定に基づき、健康管理区分を、生活規制の面について と、医療の面について とする。</p>	
<p>年 月 日</p> <p>(各課等の長)</p>	

備考 「医療の面について とする。」の後に、改行した上で、講じる事後措置について、「療養のため、申請により、週 1 日の病気休暇を与える。」等と記入してください。なお、事後措置を解除する場合等は、「事後措置を解除する。」等と記入してください。

産業医 様

(各課等の長)

事 後 措 置 等 報 告 書

課 等 名		職・氏名	( 歳)
現 事 後 措 置			
病 名			
(新)健康管理区分	(生活規制の面)	判定年月日	年 月 日
	(医療の面)	適用年月日	年 月 日
新 事 後 措 置			
		措置年月日	年 月 日
摘 要			

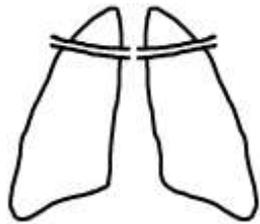
主任安全衛生管理者 様

(各課等の長)

療 養 解 除 報 告 書

課 等 名			職 ・ 氏 名	(職員番号 )		
病 名						
療 養 期 間	年 月 日から		内 訳	年次休暇	年 月 日から	年 月 日まで
	年 月 日まで			病気休暇	年 月 日から	年 月 日まで
				休 職	年 月 日から	年 月 日まで
産 業 医 ( 審 査 会 ) の 判 定 等	判 定 者 職 ・ 氏 名					
	判 定 年 月 日		年 月 日			
	(生活規制の面) A 要休業 B 要軽業 C 要注意 D 健康	(医療の面) 1 要治療※ 2 要観察 3 健康	(各課等の長の講ずべき事後措置その他健康管理に必要な意見等)			
事後措置						
摘 要						

採用者健康診断書 ㊟

採用予定機関名		岩手県教育委員会		現住所			
職務の種類				氏名		性別 男・女	
業務歴 (採用前の職歴)		生年月日		年 月 日生		年齢 歳	
				貧血検査		血色素量 g/dl	
既往歴		肝機能検査		G O T		U/l	
				G P T		U/l	
自覚症状		血中脂質検査		LDL コレステロール		mg/dl	
				HDL コレステロール		mg/dl	
身長		・ cm		トリグリセライド		mg/dl	
体重		・ kg		血糖検査 ※注		1 空腹時血糖 mg/dl	
BMI						2 HbA1c(NGSP) %	
腹囲		cm		3 随時血糖 mg/dl			
視力		右 ( )		尿		糖 - ± + ++ +++	
		左 ( )				蛋白質 - ± + ++ +++	
眼疾							
聴力	右	1,000Hz	1 所見なし	2 所見あり	心電図検査		
		4,000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
	左	1,000Hz	1 所見なし	2 所見あり	その他の検査		
		4,000Hz	1 所見なし	2 所見あり			
検査方法		1 オーディオ		2 その他			
耳疾				言語			
血圧		～ mm Hg		医師の		感染性疾患	
				所見		循環器の疾患	
胸部エックス線検査		直接 間接  No. 撮影 年 月 日		消化器の疾患			
				泌尿器の疾患			
				皮膚の疾患			
				関節運動器等の疾患			
				精神及び神経系の疾患			
				その他			
				総合所見及び就業上の注意事項			
上記のとおり診断する。							
						年 月 日	
診断機関 健康診断実施医師 氏名							

※注 1～3のいずれかを実施。3 随時血糖の場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除く。

例規名： 岩手県教育委員会公用車運行管理規程

昭和55年岩手県教育委員会訓令第3号

様式番号	様式名	関係条文
様式第 1 号	公用車使用承認（運転命令）請求票	14
様式第 2 号	公用車運転命令票	14
様式第 3 号	公用車運行管理記録簿	14, 18
様式第 4 号	公用車事故報告書	15

様式第 1 号

保有機関の長 様

公用車使用承認（運転命令）請求票

	課			
	請求課	総括課長	担当課長	課 員
使 用 日 時	月 日 時 分から 月 日 時 分まで			
運 行 経 路	(出発地)	(経由地)	(目的地)	
	_____	_____		
	_____	_____		
	_____	_____		
用 務				
使用者及び同乗者	人			
運 転 者		使用公用車		
摘 要				

備考 1 公用車のみ請求の場合又は運転命令のみ請求の場合は、関係のない部分を抹消してください。

2 運転者欄及び使用公用車欄は、保有機関で記載してください。

3 請求課欄は、適宜変更できます。

(A5)

様式第2号

公 用 車 運 転 命 令 票

		総括課長	担当課長	課 員
使 用 日 時	月 日 時 分から 月 日 時 分まで			
運 行 経 路	(出発地)	(経由地)	(目的地)	
	_____	_____		
	_____	_____		
	_____	_____		
用 務				
使用者及び同乗者	人			
運 転 者		使用公用車		
摘 要				

備考1 摘要欄には、運転命令の変更等の場合にその旨を記載してください。

2 決裁欄は、適宜変更できます。

(A5)

公用車運行管理記録簿

車両番号	
------	--

承認			年月日	時間	経路	用務	使用者 (同乗者)	運転者	走行 キロ数	ガソリ ン等補 給量	摘要
総括課長	担当課長	課員							総走行 キロ数		
			・	時分から 時分まで	から まで (往・片)				_____		
			・	時分から 時分まで	から まで (往・片)				_____		
			・	時分から 時分まで	から まで (往・片)				_____		
			・	時分から 時分まで	から まで (往・片)				_____		
			・	時分から 時分まで	から まで (往・片)				_____		
			・	時分から 時分まで	から まで (往・片)				_____		

- 備考1 この記録簿は、運行管理事務主任が記載してください。ただし、この記録簿により使用承認を請求する場合は、使用者が記載して決裁を受けてください。
- 2 摘要欄には、整備、修理状況等を記載してください。
- 3 承認欄は、適宜変更できます。

岩手県教育委員会教育長 様

所属長 職 氏 名

公 用 車 事 故 報 告 書

教職員課処理欄								
(1)事故の種別	<input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 被害	<input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 追突	<input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> 横転 <input type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 負傷	<input type="checkbox"/> 物件破損	<input type="checkbox"/> 建物 <input type="checkbox"/> 建物以外
(2)事故発生日時	年 月 日 午 前 後 時 分			(3)天 候	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧 <input type="checkbox"/> 暴風又は暴風雨 <input type="checkbox"/> その他			
(4)事故発生場所				(5)道 路 名	線			
事故の 当 事 者	職 員	(6)所 属			(7)職、氏名、性別及び 年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ( 歳)		
		(8)免 許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 免許外 <input type="checkbox"/> 停止中	(9)自動車等の種別、車 名及び登録番号			
		(10)実車、空車の 別	<input type="checkbox"/> 実車 人 <input type="checkbox"/> 空車	(11)貨物の種類及び積 載量				
	(12)相手側	(13)氏名、性別及 び年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ( 歳)	(14)職業及び住所				
	<input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 汽 車 <input type="checkbox"/> 電 車 <input type="checkbox"/> バ イ ク <input type="checkbox"/> 自 転 車 <input type="checkbox"/> 諸 車 <input type="checkbox"/> その他	(15)勤務先及び 代表者氏名			(16)住 所 電話番号	(電話番号 )		
	(17)免 許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 免許外 <input type="checkbox"/> 停止中	(18)自動車等の種別、車 名及び登録番号				
	(19)契約保険会 社名			(20)保険契約者				
(21) 事故の概況				(22) 事故現場の見取り図				
(23)傷害の部位及び 程度	職 員			<input type="checkbox"/> 全治 日 <input type="checkbox"/> 死亡				
	相 手 側			<input type="checkbox"/> 全治 日 <input type="checkbox"/> 死亡				
(24)物件破損の程度	職 員			評価 円				
	相 手 側			評価 円				
(25)事故の原因								
職員に関する調べ (職員が加害者の場合)	(26)事故発生前1週 間の稼働状況			(28)当日の健康状態				
	(27)事故車両の運転 経歴			(30)過去の車両運行に係る 刑事罰又は行政罰の有無 有の場合その内容		<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
	(29)運転経路に対す る認識							
(31)職員及び所属長の 事故処理状況								
(32)事故本人等の申立 て	(事故の概況等) 上記のとおり相違ありません。 年 月 日				本 人 氏 名 同乗者等 氏 名			
(33)備 考								

備考1 各欄の記載は、次によること。

- (1) 該当する箇所にレ印を付けるものとし、加害及び被害について不明の場合は、空欄とすること。
  - (4) 番地及び地割まで記載してください。
  - (5) 国道、県道、市町村道名等を記載してください。
  - (8) 免許の有無を記載するものとし、無の場合免許を有しないものか、又は免許停止処分中のものか該当する箇所にレ印を付けてください。
  - (9) 貨物自動車、普通自動車、軽自動車、自動二輪車等の種別、車名及び登録番号を記載してください。
  - (10) 当該車両に運転手以外の使用者及び同乗者がいたかどうかによって該当する箇所にレ印及び人員を記載してください。
  - (11) 貨物自動車等で貨物を積載している場合は、当該貨物の種類及び積載量を記載してください。
  - (12) 事故の相手側について、該当する箇所にレ印を付けてください。
  - (14) 職業は、無職の場合にあってもその内容（例えば、主婦、学生等）を記載してください。
  - (15) (13)に掲げる者の勤務先及び勤務先の代表者氏名を記載するものとし、勤務先のない農業、商店経営等の場合はその旨を、学生、児童等の場合は保護者氏名等を記載してください。
  - (16) (15)の住所及び連絡場所を記載してください。
  - (17)(18) 相手側が自動車等の場合は、運転者の自動車運転免許の有無並びに自動車等の種別、車名及び登録番号を記載するものとし、記載要領は、(8)及び(9)の例によること。
  - (19) 相手側が自動車等の場合に記載するものとし、当該自動車等が加入している自動車損害賠償保険にあっては契約保険会社名、任意保険に加入している場合にあっては当該任意保険会社名も併せて記載してください。
  - (20) (19)の保険契約者名を記載してください。
  - (21) 事故の概況を時間的経過に従い詳細に記載するものとし、事故の当時の道路の状況（道路の構造、状態等）、交通量の状態、天候の状況等を報告してください。
  - (22) 事故現場を中心に事故地点を×印で表示するとともに当該道路付近の著名建物等を記載し、現場を容易に確認できるように記載してください。
  - (23) 傷害の部位、傷病名及び当該傷害の程度を医師の診断により記載してください。
  - (24) 物件の破損の具体的内容及び損害評価額を記載してください。
  - (25) 運転者（相手側の運転者を含む。）について、道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）別表第2備考又は別表第6備考に該当する法令違反事項に従い事故原因を記載するものとし、車両、歩行者、道路の状況等についても事故原因と関連があると思われるものについては、詳細に記載してください。
  - (26) 事故発生前1週間の当該職員の稼働状況（時間外勤務を含む。）を各稼働日ごとに記載してください。
  - (27) 運転業務に専念する職員については、当該運転車両の運転経験年月数を、臨時的に運転業務に従事する職員については事故発生前2箇月間の運転経験日数又は時間を記載してください。
  - (28) 当日の職員の健康状態について、運行管理者がどのように判断していたかを記載してください。
  - (29) 事故発生の道路の交通状況に対する認識の程度、当該道路を通行する頻度等を記載してください。
  - (30) 現に保有する運転免許の効力を生じた日から当該事故発生の日までの間における車両運行に係る刑事罰又は行政罰を受けたことがあるかどうか、ある場合は、その内容を記載してください。
  - (32) 運転者（運転者が記載できない場合は、使用者又は同乗者）に事故概況等を記載させ、運転者（使用者又は同乗者がある場合にあっては、これらの者を含む。）に記名させてください。
- 2 次に掲げる書類を添付してください。
- (1) 公用車運転命令票の写し
  - (2) 所轄の警察署長の発行する事故証明書
  - (3) 医師の診断書

例規名： 岩手県教育委員会行政文書管理規程

令和4年岩手県教育委員会訓令第11号

様式番号	様式名	関係条文
様式第 1 号	書留等配布票	11
様式第 2 号	書留等配布簿	11, 13
様式第 3 号	収受印（ア（本庁）・イ（出先機関））	12
様式第 4 号	添付文書管理票	19
様式第 5 号	回議用紙	19, 20
様式第 6 号	供覧用紙	19, 20
様式第 7 号	決裁印	26
様式第 8 号	令達番号簿	29
様式第 9 号	文書処理簿	29
様式第 10 号	文書処理補助簿	29
様式第 11 号	付箋用紙	35
様式第 12 号	文書差立簿	37
様式第 13 号	ファイル管理簿	51

書 留 等 配 布 票

引 受 番 号	種 類	摘 要	受 信 人	受領印
発 信 人				
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			
	その他 ( )			

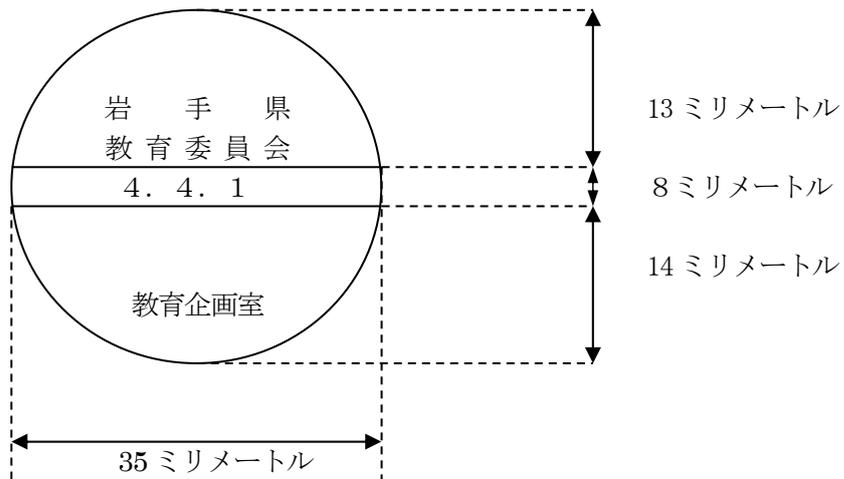
備考 到着日時が、その効力に影響を及ぼすものについては、摘要欄に到着日時を記載してください。

書 留 等 配 布 簿

引 受 番 号	種 類	摘 要	受 信 人	受領年月日
発 信 人				受 領 印
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			
	書留・簡易書留・電報			・ ・
	その他 ( )			

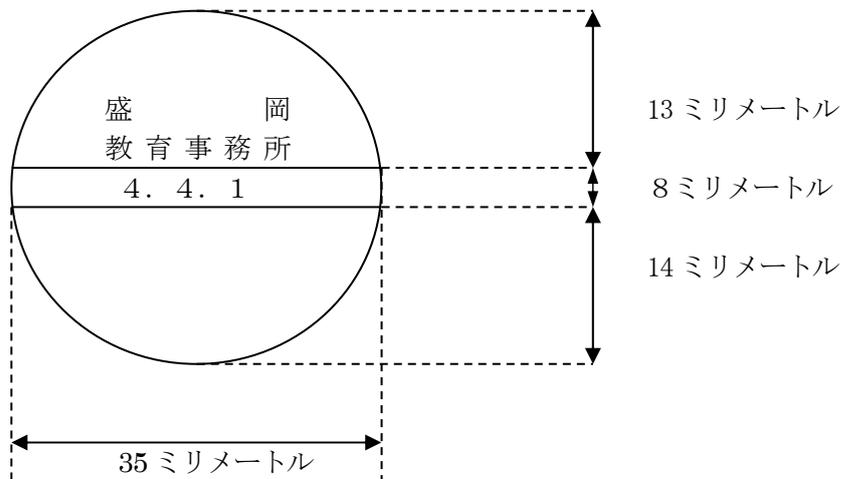
備考 到着日時が、その効力に影響を及ぼすものについては、摘要欄に到着日時を記載してください。

様式第3号ア 収受印 (本庁の例)



備考 下段に課等の名称を入れてください。

様式第3号イ 収受印 (出先機関の例)



備考 上段に出先機関の名称を入れてください。

添付文書管理票番号：

第1ガイド		起案年月日	
第2ガイド		決裁年月日	
第3ガイド ファイル名		所 属	
文 書 番 号		職 ・ 氏 名	
文 書 日 付		電 話	
件名  (回議・合議)			
(添付文書名)			媒体種別

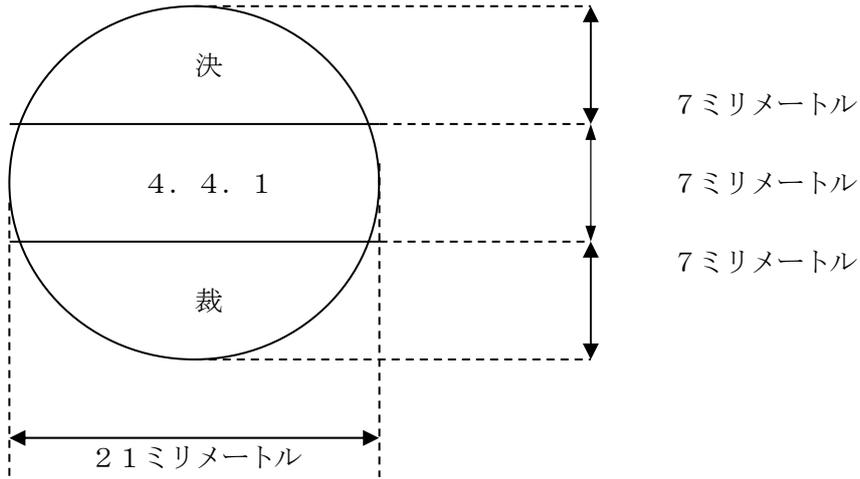
様式第5号  
回議用紙

第1ガイド		起案年月日	文書年月日
第2ガイド			
第3ガイド ファイル名		決裁年月日	発送年月日
文書番号			
所属 職 氏名・電話		公印承認	
件名			
(伺い文、要旨等)			
(回議・合議)			
取扱区分	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 重要 <input type="checkbox"/> 例規		
発送区分	<input type="checkbox"/> システム内 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 県報 <input type="checkbox"/> 県HP <input type="checkbox"/> インフォ <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX その他 ( )		

供覧用紙

ガイド			
供覧日		起案者	
保存期間			
件名			
要旨			
供覧者			

様式第7号 決裁印









付 箋 用 紙

<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">岩手県教育委員会 課 担当者 電話</p>
<p>備考 発信人欄は、適宜変更することができます。</p>



