

施設名 岐阜大学医学部附属病院

所在地 岐阜県 井60

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ ☐ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ ☒ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか ☒ はい ・ ☒ いいえ

え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ ☒ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ ☒ 麻疹 ・ ☒ 風疹 ・ ☒ 水痘 ・ ☒ ムンプス ・ ☒ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ ☐ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか ☒ はい ・ ☐ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

69. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

別紙様式第1号（第3条関係）

研 修 申 請 書

年 月 日 国立大学法人 岐阜大学医学部附属病院長 殿 氏名 ④ このたび、私は貴病院において研修を受けたいので、申請します。					写 真 正面上半身無帽のも で、最近3か月以内に 撮影したものを貼付す ること。	
ふりがな 申 請 者 氏 名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生(歳)	
申請者の現住所	〒 (電話 局 番)					
申請者の勤務先	〒 (電話 局 番)					
申請者の卒業若 しくは修了した 学校又は養成所 名						
申請者の職種並 びに当該職種の 免許番号及びそ の取得年月日	職種		当該職種の 免 許 番 号		取得年月日 年 月 日	
申請者の当該職 種の経験年数						
研 修 の 場 所						
研 修 の 内 容						
研 修 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 計 月					
ふりがな 推 薦 者 の 氏 名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生(歳)	
推薦者の現住所	〒 (電話 局 番)					
推薦者の勤務先	〒 (電話 局 番)					
推 薦 理 由						
備 考						

(注) 1 申請者の当該職種の免許の証明書を添付すること。

2 研修の場所欄には、薬剤部、看護部、検査部、眼科等の部門の名称を記入すること。

(病院研修生用)

個人情報守秘誓約書

私は、岐阜大学医学部附属病院で研修するに当たり、医療機関における個人情報保護の重要性を自覚し、指導者の指示の下に、必要な研修行為のみを行い、個人情報を守秘すること。また、研修終了後においても、個人情報を守秘することを誓約いたします。

なお、個人情報を漏えいし又は漏えいに加担した場合は、研修の停止、関係法令による告発又は損害賠償の請求、並びに所属先から処分を受ける場合があることを了解いたしました。

令和 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院長 殿

所 属 _____

氏 名 _____

留意事項

- 1 患者等に係る研修記録は、個人を特定できない範囲とし、持ち出す場合は、本病院の研修指導者の確認を受けること。
- 2 その他個人情報に関する取扱いに関し在職する勤務先の指示がある場合は、その指示に従うこと。

岐阜大学医学部附属病院 感染症抗体証明書

所属 _____
氏名 _____

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
受入開始日 _____ 受入終了日 _____
_____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

当院では医療関連感染対策のため、研修登録医、病院研修生及び受託実習生等に下記の検査およびワクチン接種をお願いしています。

各自、医療機関にて下記項目を受診し、各検査結果について医師による記入及び証明を受け、本用紙を附属病院総務課管理係へ提出してください。

【注意事項】

- 1) 指定した検査方法以外では判定できませんので、必ず指定した方法で検査を受けるようお願いします。
- 2) 受入開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、受入内容の一部または全部が制限される事があります。
- 3) ワクチン接種は、接種間隔を1ヶ月空けなければならないものもあります。そのため、十分な時間的余裕をもって検査を受けるよう、お願いします。
- 4) アレルギー等でワクチン接種を受ける事が出来ない場合は、その旨を明記してください。

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須)

各項目について指定した検査方法のいずれかで検査を受けてください。陽性基準を満たさない場合、必ずワクチン接種してください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書コピー(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて附属病院総務課管理係へ提出ください。

項目	検査日	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	基準	基準を満たすか (どちらかに○)		ワクチン接種日	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		≧16.0	満たす・満たさない	条件を満たさない場合は受入開始1ヶ月前までに、それぞれ1回以上のワクチン接種をお願いします。	年 月 日	
		NT(中和法)		≧8				
		PA		≧256				
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		≧8.0	満たす・満たさない			年 月 日
		HI		≧32				
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		陽性*	満たす・満たさない			年 月 日
		IAHA		≧4				
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		≧5	満たす・満たさない			年 月 日

*各検査機関の陽性基準を満たすこと。 ≥ 4.0 であることが多い。

2. B型肝炎

病院内などの医療現場では、血液や体液曝露を受ける可能性があります。原則としてHBs抗体を獲得しておくことが推奨されます。従って、事前にあなたのHBs抗体保有状況を報告してください。HBs抗体陰性でワクチン接種を受けた方は、下記に結果を記入してください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書コピー(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて附属病院総務課管理係へ提出ください。

	検査日	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	基準
HBs抗体	年 月 日	EIA・CLIA		$\geq 10.0\text{mIU/mL}$

	ワクチン接種日
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日

<医師証明欄> 1と2の検査結果を証明します。

医療機関名：

医師氏名、署名：

年 月 日

問い合わせ先:

【事務手続・書類受付】

(担当) 附属病院総務課管理係

(電話) 058-230-6012 (FAX) 058-230-6020

施設名 静岡済生会総合病院

所在地 静岡県 #63

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか
・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []
- 6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか
・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []
- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

研修 2週間前からの 体調管理表

72. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

体温・体調記録表

氏名

【移動歴】・記録の開始以前に海外渡航歴や国内での移動で特筆すべきものがある場合、以下に場所と期間を記入してください。

	朝	夜	症状等
(記載例) 1/1(月)	36.2℃	35.9℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴 東京日帰り
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴
/ ()	℃	℃	・呼吸器症状(無・有) ・その他特筆すべき事項 ・移動歴

・風邪の症状や発熱が続く場合、強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)など体調不良の場合は、予め人事課(TEL 054-280-5001)へご連絡ください。

・記録は当日ご持参ください。

静岡済生会総合病院 実習生受入規程

(趣旨)

第1条 この規程は、静岡済生会総合病院（以下「当院」という。）において実習、研修および見学等（以下「実習」という。）を受けるにあたり、実習生、研修生および見学者等（以下「実習生」という。）が遵守しなければならない事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 この規程は、実習生や指導者の実習内容を担保するとともに、当院の実習環境を維持することを目的とする。

(心得)

第3条 実習生は、当院における実習期間中、以下に掲げる事項について遵守しなければならない。

- (1) 規則を守り、実習先所属長及び担当職員の指示命令に従うこと。
- (2) 実習場所は医療の現場であり、治療が優先されることを常に意識すること。
- (3) 患者に対し、親切丁寧に接し、常に安全に配慮すること。
- (4) 薬品、消耗品等は、合理的に使用し無駄な使用は控えること。
- (5) 備品や器具等を破損、紛失した場合は、直ちに実習先所属長に報告すること。
- (6) 実習期間中の服装は、当院の「身だしなみマニュアル」を基本とし、事前に双方にて取り決めた服装を着用し、自己にて準備すること（実習内容により貸し出す場合もある）。

(機密保持)

第4条 実習生は、「個人情報保護規程・情報セキュリティ管理規程」を遵守し、その種類・実習形態を問わず、実習上知り得た患者・病院・職員等の情報を、正当な事由なく第三者に漏らしてはならない。当院での実習を終了した後においても同様とする。

2 実習生は、病院長に当院指定の「別紙1. 機密保持誓約書」を実習前に提出することを原則とする。

(保存期間)

第5条 機密保持誓約書の保存期間は実習の終了した日から5年とする

(事故防止)

第6条 実習生は、常に身の回りの整理整頓に努め、火災、盗難予防、危険物の取扱いに注意を払い、災害や事故等の発生を未然に防止しなければならない。

2 治療に関わる実習においては、常に所属長及び担当職員の指示を得ながら行動し、治療の妨げになる行動を防止しなければならない。

(実習の申請)

第7条 実習生は、実習を希望する場合、実施部署にて調整する。実施部署は、病院長に申請し承認を得る。

2 実習料・研修料の請求については、実施場所が設定し請求する。

3 実習料・研修料の入金については、財務課が管理する。

(実習の取消)

第8条 実習生が当院の規程、規則等に違反するなどしてふさわしくない行為があった場合、病院長は、その実習生の実習を直ちに停止し、かつ、実習受入れの承認を取り消すことができる。

(健康管理)

第9条 実習生は、自らの健康管理に努めなければならない。

2 実習生は、疾病等に罹患し、患者または職員に感染させるおそれがある場合は、実習をしてはならない。また、当院がそのおそれがあると判断した場合は、病院長はその実習生の実習を直ちに停止することができる。

3 実習生は、患者に接触する実習の場合は、実習前に健康診断・予防接種を受け、以下に掲げる事柄については提示することが望ましい。

感染症 予防接種	医大生・看護学生（助産学分野含む）・リハビリテーション学生・薬学部学生・臨床検査学科学生・管理栄養士学生・救急救命士と学生・消防士と学生 等	事務・短期実習・小中学生・高校生・見学者
	以下の疾患の抗体検査結果、または罹患歴 ・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 ・B型肝炎（HBs 抗体） 抗体陰性の実習生はワクチン接種を推奨 栄養管理科の実習時は検便結果の提出	無し

(損害賠償責任)

第10条 実習生が故意又は過失により当院の施設及び備品、職員、患者または第三者に対して損害を与えた場合、病院長は実習生に対し、その損害の賠償を求めることができる。

(実習生の事故)

第11条 実習期間中に、自己の不注意により、また、自己の責に帰する理由により、負傷したり、事故に遭遇したり、疾病に罹患した場合は、本人の責任において速やかに処理しなければならない。また、その場合、当院はその責任を一切負わない。

(規程の改廃)

第12条 本規程は教育センター・教育臨床研究委員会にて審議の上、起案する。

(その他)

第13条 この規程に定めのない事項については、当院就業規則並びに関連規程に準ずる。

附 則

(施行期日)

本規程は、平成26年4月1日から施行する。

本改定は、平成28年4月1日から施行する。

本改定は、令和4年10月4日から施行する。

別紙 1.

静岡済生会総合病院長 様

令和 年 月 日

現住所 _____

氏 名 _____

実習生が 18 歳未満

のときは保護者氏名 _____

機 密 保 持 誓 約 書

私は静岡済生会総合病院で実習するにあたり、「静岡済生会総合病院個人情報保護規定」の定めに従い、以下の事項を厳守することを誓約いたします。

1. 機密情報の取扱い

次に掲げる情報（以下、「機密情報」）や、その機密情報が記録された資料・データ等について、貴院の許可なく使用・開示または漏洩しません。

- ① 実習中に知り得た貴院の経営・人事等に関する情報
- ② 実習中に知り得た貴院の利用者及びそのご家族等に関する情報
- ③ 貴院と契約関係にある企業に関する情報
- ④ その他貴院が機密保持すべき対象とした情報

2. 実習終了後の機密保持

貴院での実習終了後も、機密情報やその機密情報が記録された資料・データ等について、貴院の許可なく使用・開示または漏洩しません。また、機密情報が記録された資料・データ等については複製物も含め、その一切を貴院に返還します。

3. 損害賠償義務

上記に違反し、貴院の機密情報を使用・開示または漏洩した場合、私には、これにより貴院が被った全ての損害を賠償する義務があることを認めます。

別紙 1.

静岡済生会総合病院長 様

令和 年 月 日

現住所 _____

氏 名 _____

機 密 保 持 誓 約 書

私は静岡済生会総合病院で実習するにあたり、「静岡済生会総合病院個人情報保護規定」の定めに従い、以下の事項を厳守することを誓約いたします。

1. 機密情報の取扱い

次に掲げる情報(以下、「機密情報」)や、その機密情報が記録された資料・データ等について、貴院の許可なく使用・開示または漏洩しません。

- ① 実習中に知り得た貴院の経営・人事等に関する情報
- ② 実習中に知り得た貴院の利用者及びそのご家族等に関する情報
- ③ 貴院と契約関係にある企業に関する情報
- ④ その他貴院が機密保持すべき対象とした情報

2. 実習終了後の機密保持

貴院での実習終了後も、機密情報やその機密情報が記録された資料・データ等について、貴院の許可なく使用・開示または漏洩しません。また、機密情報が記録された資料・データ等については複製物も含め、その一切を貴院に返還します。

3. 損害賠償義務

上記に違反し、貴院の機密情報を使用・開示または漏洩した場合、私には、これにより貴院が被った全ての損害を賠償する義務があることを認めます。

施設名 静岡市立静岡病院

所在地 静岡県 #64

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか
・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 〕
- 6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか
・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 〕
- 7) 誓約書は必要ですか 「個人情報保護に関する誓約書」 はい ・ いいえ
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

誓約書は当院様式の個人情報保護に関する誓約書です。研修生来院された時の記載で構いません。他の書類は、提出されたものは保管しますが、必須ではありません。ただし、社会情勢によりはわかりません。

73. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

研修生が決まりましたら、理事長あてに依頼文を提出してください。研修生、日程なども含めて、おしとお願ひします。

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

(様式 5)

実習生用

個人情報保護に関する誓約書

(あて先) 地方独立行政法人
静岡市立静岡病院 理事長

貴病院において、
☐ 下記実習生
☐ 下記代表実習生及び別紙実習生

は、実習等を行うにあたり、次

のとおり個人情報を適正に取扱うことを誓約いたします。

記

- 1 実習等で利用する個人情報については、機密保持し、安全に利用し、実習等の終了後においても他に漏らすことはしません。
- 2 実習等が終了したときは、提供を受けた個人情報を完全に消去もしくは返還します。
また実習等にあたり提供を受けた個人情報の複写、複製はしません。
- 3 その他、個人情報保護法、静岡市個人情報保護条例を遵守し、地方独立行政法人静岡市立静岡病院個人情報保護規程に基づき、個人情報の適切な取扱いをいたします。

令和 年 月 日

団体（学校）名

実習生名 印

(※記名押印または署名をお願いします)

施設名 磐田市立総合病院

所在地 静岡県 井66

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい・いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい・いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい・え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい・いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・1ヶ月以内 ・3ヶ月以内 ・その他〔 〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベルクリン反応
・その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか はい・いいえ

研修直前にこちらから書類を送ります。

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい・え

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

感染症の流行状況に応じて、書類の提出を求める場合があります。

75. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい
臨床検査技術科宛 以外に、病院長宛の研修生受入依頼書

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

所在地 静岡県 #67

施設名 浜松医科大学医学部附属病院

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか ☒ はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ ☒ その他 [] 年以内

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ ☒ 麻疹 ・ ☒ 風疹 ・ ☒ 水痘 ・ ☒ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [結核]

7) 誓約書は必要ですか ☒ はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか ☒ はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

研修生申請書 勤務先の依頼書 (※別紙ご参照下さい。)
(提出先) 医学課 医学係 中野 友紀子

76. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

医学部附属病院病院研修生の
受入れ及び研修中に関する手引

(手引に関する担当部署)
医事課医事係
TEL 053-435-2485604

1 病院研修生の受け入れ

1 申請方法

(1) 申込み方法

病院研修生の申請書類に必要事項を記入の上、下記事務担当まで提出してください。

【事務担当】 浜松医科大学医事課医事係

(連絡先) TEL:053-435-2604, FAX:053-435-2153

〒431-8192 静岡県浜松市東区半田山一丁目 20 番 1 号

(2) 研修料の納付方法

研修期間分の研修料の全額を研修の開始日までに納付してください。
研修料は、銀行振込によりお願いいたします。

(注意事項)

- * 正当な理由なく期日までに納付されない場合は受入れの許可が取り消されますのでご注意ください。
- * 納付された研修料は返還しません。

○ 振込の場合の納付方法

依頼元あて別途請求書を送付します。

(3) その他

本院における病院研修生の受入れについては、「浜松医科大学医学部附属病院研修生規程」に基づきますので、申込みの際、ご確認願います。

2 申請書様式

浜松医科大学医学部附属病院研修生規程に基づく、受入れに必要な申請書は、別添「病院研修生の申請書類」のとおりです。

3 申請書の個人情報の取扱い

申請書の個人情報の取扱いについては、病院研修に関する管理等の事務処理に使用し、目的以外に利用することはありません。

II 病院研修中の注意事項

1 研修中の具体的注意事項

(1) 研修中の行動・態度について

- 1) 時間を厳守し、余裕をもって行動する
- 2) 研修施設内では、私語を慎み言葉遣いには十分注意し、研修生としての自覚と責任を持ち行動する。
特に研修施設全体が療養の場・公共の場であることを念頭に置き、対象者や研修施設利用者に迷惑をかけないように節度ある態度をとる。
- 3) 指定された研修場所を離れないこと。やむを得ず研修場所を離れる場合は、担当教員または指導者に申し出る。
- 4) 患者等からの金品の授受や個人の住所の交換などは丁重にお断りすること。

(2) 研修中の服装について

- 1) 受け入れ機関で指定された服装、名札を着用する。
- 2) 清潔・身だしなみに注意する
- 3) 奇抜な髪の毛の色、過剰な化粧、香水は避け、研修中は相手や自分を傷つける可能性のある服飾品(指輪、ピアス)、マニキュア等はない

2 診療録等の取扱い

(1) 電子カルテについて

- 1) 研修中の電子カルテの取扱いについては担当教員または指導者の指示に従い、研修上必要な患者等に限定する。従ってみだりに研修以外の患者の電子カルテを参照することを禁じる。
- 2) 電子カルテの操作する場合は、担当教員または指導者の指示に従い実施する。

(2) 記録物について

- 1) 記録用紙には、個人を特定する情報(住所、氏名、生年月日、病院、病棟名、家族歴や遺伝情報等)を記載しない。なお、やむを得ず記載を必要とする場合は、担当教員または指導者の許可を得る。
- 2) 不必要な情報・不確実な情報は記載しない。
- 3) 診療記録および研修記録は複写しない。(担当教員または指導者から指示された場合を除く)
- 4) 個人が特定される可能性のある研修記録等の院外の持ち出しは禁止する。
- 5) 研修終了後、不必要となった記録物やメモ類はシュレッダーにかける。電子媒体は内容を消去する。

(3) 個人情報保護について

- 1) 研修期間中に知り得た患者さんおよび病院職員の個人情報については、機密を保持し、第三者に故意または過失によって漏洩してはならない。
- 2) 上記の個人情報の機密の保持は、研修終了後においても同様とする。
- 3) 個人情報の機密の保持については、「個人情報保護に関する誓約書」を提出する。

病院研修生の申請書類

1. 病院研修生申請書.....別紙1

2. 履歴書

※看護部においては下記項目を満たす場合は可とする。

医療機関からの依頼でありかつ1日以内の研修に限り、

最低限（氏名・生年月日・住所・連絡先・現職）記載されていること。

3. 取得免許証（写し）

4. 勤務先の依頼書（様式随意）

5. 個人情報保護に関する誓約書（所定様式）

6. 定期健康診断の写し（様式随意）

ウイルス抗体価検査等の結果報告書（所定様式）

①健康状態が把握できるもの

②感染性疾患（結核・麻疹・風疹・ムンプス・水痘・B型肝炎等）に罹患していないことが記載されていること。

※看護部においては、医療機関からの依頼でありかつ1日以内の研修に限り、

②のみでも可とする。

* 研修料.....1日・2,000円（税別）×日数

〒431-3192

浜松市東区半田山一丁目20番1号

浜松医科大学

医事課医事係

Tel 053-435-2485

Fax 053-435-2153

別紙 1

令和 年 月 日

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

氏 名 印

病 院 研 修 生 申 請 書

貴院において、下記のとおり研修を受けたく、必要書類を添えて申請しますので御許可
くださるようお願いします。

記

1. 研修の職種

2. 研修の目的

3. 研修期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

4. 必要添付書類

- ① 履歴書
- ② 取得免許書（写し）

個人情報保護に関する誓約書

令和 年 月 日

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

大学等名 _____

住所（自宅） _____

氏 名 _____ 印 _____

このたび貴院において、実習を行うにあたり、実習期間中に知り得た患者様
および病院職員並びに病院関係者の個人情報について、機密を保持し、実習期
間中および実習終了後においても、第三者に故意または過失によって漏洩する
ことはいたしません。

また、個人情報保護法および貴施設の規則に基づき、個人情報の適切な取り
扱いをいたします。

以上の事項を厳守することを誓約いたします。

施設名 愛知医科大学病院

所在地 愛知県 #68

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ はい

え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ はい

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ はい

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ はい

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

病院長宛、自由様式、依頼文の提出をお願いしております。

77. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請
資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

施設名 春日井市民病院

所在地 愛知県 #70

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか
・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 [胸部エックス線検査 (1年以内)]

検査結果またはワクチン接種の記録をまとめた報告書に所属長印が必要です。(別紙参照)
検査を行った医療機関からの証明書は不要です。

- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

研修生からの提出書類はありませんが、研修生の所属先から当院院長あての依頼状が必要で、その後、所属先代表者と春日井市が覚書を締結することが必要です。

79. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

研修生氏名、所属施設名及び部署名、研修料の記載された研修受入れ依頼状をお送りください。

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定でおります、予めご了承ください。

ウイルス感染症の抗体価と胸部エックス線検査について

実習生の安全確保と院内感染対策のため、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎及びB型肝炎ウイルス（HBV）に対する免疫の確認と胸部エックス線検査をお願いしております。受け入れの条件は下記のとおりです。

各検査結果またはワクチン接種の記録をA4用紙1枚にまとめ、（別紙参照）所属長の確認をうけたうえで、実習開始前に研修管理室へ提出をお願いいたします。実習生が複数の場合も、可能なら1枚にまとめてください。

1) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

- ・ワクチンを2回接種していること
- ・上記以外の場合は、抗体検査を実施し表1の基準を満たしていること
- ・表1の基準を満たしていない場合はワクチンを接種することが望ましい

※免疫が不十分でワクチン接種が困難な場合は、当該感染症患者の担当は避けること

表1：抗体検査判定基準

疾患名	抗体価陽性基準
麻疹	EIA法(IgG) 16.0以上
	PA法 1:256以上
	中和法 1:8以上
風疹	EIA法(IgG) 8.0以上
	HI法 1:32以上
水痘	EIA法(IgG) 4.0以上
	IAHA法 1:4以上
	中和法 1:4以上
流行性耳下腺炎	EIA法(IgG) 4.0以上

2) B型肝炎ワクチン

- ・HBs抗体検査で10 mIU/ml以上であること
- ・1回のシリーズで抗体検査結果が10 mIU/ml未満の場合は、もう1シリーズの接種を行い、抗体検査を行うことが望ましい

※接種不適当者や抗体価が10 mIU/ml未満で血液曝露を受けた場合は、グロブリンなどの投与をうける可能性がある

3) 結核

- ・実習開始から過去1年以内の胸部エックス線検査で異常がないこと
- 1年以上前の胸部エックス線検査しかない場合は、IGRA検査による陰性確認でもよい

4) 季節性インフルエンザ

- ・12月～3月の流行期間中に実習を行う場合は、ワクチンの接種を推奨しています

【記入例】

実習期間 【 年 月 日 ～ 年 月 日 】
 実習場所 【 春日井市民病院 】

抗体価検査結果及び胸部エックス線検査結果報告書

院長 様

氏名	麻疹		風疹		水痘		流行性耳下腺炎		B型肝炎		結核
	検査方法	ワクチン 接種日 (回数)	検査方法	ワクチン 接種日 (回数)	検査方法	ワクチン 接種日 (回数)	検査方法	ワクチン 接種日 (回数)	検査方法	ワクチン 接種日 (回数)	検査方法
	結果		結果		結果		結果		結果		結果
	実施日		実施日		実施日		実施日		実施日		実施日
愛知 太郎	-	2000.5.10(1回目) 2000.6.10(2回目)	HI 32(+) 2020/4/9	-	EIA 9.0(+) 2020/4/9	-	EIA 2.0未満 2020/4/9	2020.8.2(1回)	CLIA法 9.9以下 2020/4/9	2020.5.19(1回目) 2020.6.23(2回目) 2020.10.6(3回目)	T-SPOT 陰性 2020/12/10
春日井 次郎	EIA 27.1(+) 2020/11/5	-	EIA 23.0(+) 2020/11/5	-	EIA 5.9(+) 2020/11/5	-	EIA 6.0(+) 2020/11/5	-	CLIA法 29.4(+) 2020/12/6	-	胸部X線 異常なし 2020/11/5

貴院で実習する上記2名の抗体価検査結果について上記のとおり確認しました。

年 月 日

所属施設等の
名称：

長の氏名：

印

覚 書

受託者 春日井市と委託者 ○○○○は、令和 年 月 日付けの依頼に基づく春日井市民病院における○○病院臨床検査技師（以下「研修生」という。）の職員研修指導業務の委託について、次のとおり覚書を締結する。

第1条 委託者は、研修生の指導業務を受託者に委託し、受託者はこれを受託するものとする。

第2条 研修期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

第3条 受託者は、委託者と緊密な連絡を保ちつつ、研修指導を行うものとする。

第4条 委託料は認定輸血検査技師制度協議会（所在地：東京都文京区本郷2-14-14ユニテビル5階）から受託者に支払うものとする。

第5条 受託者及び委託者は、研修において医療事故が起きないように研修の指導を行うものとし、研修生の故意又は過失により医療事故が発生した場合には、委託者の責任において対処するものとする。

第6条 研修の期間中に、研修生が自己の責に帰すべき理由により負傷し、又は疾病にかかった場合には、委託者の責任において対処するものとする。

第7条 受託者及び委託者は、研修生が実習において知ることのできた個人情報を他人に知らせ、又は不当な目的に使用することのないよう指導することとし、研修生による個人情報の漏洩等が発生した場合は、委託者の責任で対処するものとする。

第8条 この覚書に定めのない事項については、受託者と委託者が協議して定めるものとする。

この覚書の締結を証するため、本書2通を作成し、受託者と委託者が記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

令和 年 月 日

受託者 春日井市鳥居松町5丁目4番地
春日井市
代表者 春日井市長 石黒 直樹

委託者

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみご記入のうえ、ご返信ください。

※空欄は施設未入力

9. 研修生の受入れにおける提出書類について

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか
.
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか
.
- 3) 健康診断書は必要ですか
.
- 4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか
.
- 5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか
.
- 6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか
.
- 7) 誓約書は必要ですか
.
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか
.

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい
.

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい
.

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

施設名 名古屋大学医学部附属病院

所在地 愛知県 #76

9. ～ 10. の質問については、研修生、協議会から貴施設へ提出書類がある場合のみ
ご記入のうえ、ご返信ください。

9. 研修生の受入れにおける提出書類について（該当する項目を○で囲んで下さい）
（その他に該当する場合は、ご記入下さい）

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ ~~いいえ~~

3) 健康診断書は必要ですか
え はい ・ いいい

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ ~~いいえ~~

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他〔 〕

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他〔 〕

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

85. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会
ホームページ＞認定輸血検査技師について＞受験資格の確認から合格までの流れ＞受験申
請資格の確認と受入可能研修施設」に掲載し、受験予定者へ予め施設研修に必要な書類
や、抗体検査などについて周知する予定であります、予めご了承ください。

このシートは感染予防についての知識を身に付けてもらうこと、自分が感染予防および体調管理をしっかり行っていると担当部署に証明する手段を確保することを目的としています

以下の症状は花粉症などの症状も含むため、必ずしも症状があるからといって来学ができないことを意味するものではありません。万が一、重要な記載漏れや報告に虚偽の部分がある事が判明した際には、大学内外の関係部署及び・関連施設に個人を特定できる形で報告に記載漏れもしくは虚偽があった旨を共有する必要があります。また、アンプロフェッショナルな行動と見なされ、プロフェッショナリズム教育委員会の審議の上、厳しい処分がなされる可能性がありますそのような事態が起こらないよう、正確な記録を心がけて下さい。

※なおこのシートの内容は適宜更新されます。以下のアドレスから1週間毎に新しいバージョンをダウンロードして使用して下さい

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1q6YiBdiQDINOmblD7LR0D9iJPZZ1Hq46iAreBGJ978/export?format=xlsx>

名前

日付							
体温1回目							
体温2回目							
咳							
呼吸苦							
鼻汁・鼻閉							
咽頭痛							
嗅覚・味覚異常							
倦怠感							
その他症状							
50人以上の集会への参加							
海外からの帰国者・愛知県より患者発生が多い地域への移動者とのマスクを外しての15分以上の会話							
通学を除く2時間以上の移動をした場合、その詳細							
同居者を除く2人以上の会食をした場合、その人数と場所							
体調不良などの理由で講義・試験・実習を欠席した場合、理由の詳細							
その他							

【別紙】

令和2年9月24日14時02分送信

※メドオールにて通知しております。

対 象 者: 鶴舞・大幸キャンパス構成員

通知内容: 新型コロナウイルス感染症対策にあたって食堂等の利用制限(第3報)について

※本件に関する問い合わせ先: 総務課(2772)

鶴舞・大幸キャンパス構成員 各位

医学系研究科長 門松 健治
医学部附属病院長 小寺 泰弘

新型コロナウイルス感染症対策にあたって食堂等の利用制限(第3報)について

新型コロナウイルス感染症の感染リスクを抑えるため、令和2年9月28日から当面の間、次の防止策を講じます。

1. 鶴舞・大幸キャンパス構成員(※)は、以下の施設について、当分の間、利用を禁止または制限します。

【利用禁止】

- レストラン「花の木」
構成員A, Bは利用禁止。(弁当の購入は可能。)
- レストラン「鶴友」
構成員Aのみ利用可。(構成員Bは利用禁止。)
- オアシスキューブのイートインスペース
構成員A, Bは施設内での飲食は禁止。(テイクアウトは可能。)
- ファミリーマート病棟店のイートインスペース
構成員A, Bは施設内での飲食は禁止。(テイクアウトは可能。)

【利用制限】

- 生協食堂
11:00～13:00 構成員A
13:00～14:00 構成員B

※ 構成員A: 外来棟, 病棟, 中央診療棟A/B, 1号館に勤務・学習・実習する者
及び医学科学生(5年生)

構成員B: 基礎研究棟, 基礎別館, 2号館, 3号館, 図書館に勤務・学習・
実習する者及び医学科学生(1-4年生、6年生)

2. 鶴舞・大幸キャンパス構成員は、昼食時に以下の会議室等を利用できます。

【利用可能な会議室など】

構成員A ただし、医学科学生を除く。

○ 病棟8階 アメニティ, 大会議室

○ 中央診療棟3階 講堂

医学科学生(1-6年生)

○ 基礎研究棟3-4階、第1-4講義室

構成員B ただし、医学科学生を除く。

○ 基礎研究棟2階、ゼミ室

3. 昼食時には、以下の点に留意してください。

・体調不良時の会議室等の利用の自粛。

(発熱, のどの痛み, 咳, 鼻水, その他呼吸器症状, 頭痛, 筋肉痛, 倦怠感など)

・なるべく自宅から弁当を持ってくる。

・マスクは食事の直前にはずす。食事の前後に手を洗う。

・食事中に会話をしない。食後も談笑をしない。

・料理をシェアしない。

・座席の間隔を十分に空ける。

・座席を一方向または対角線で座る。

・机の移動は不可。

・原則1テーブル一人で利用。(「使用禁止シール」を貼った座席は使用不可。)

4. その他

新型コロナウイルス感染症対策が必要な間、昼食時(午前11時～午後2時)は、
会議室や講堂等を昼食スペースとして優先的に使用します。

既に予約が入っている場合、総務課から調整の依頼がありますので、ご協力のほ
ど、よろしくお願いします。

※赤字が第2報から修正した箇所となります。

(以上)

名古屋大学医学部附属病院 抗体検査カード

別紙

 所属 _____
 氏名 _____

 記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
 受入開始日 _____ 受入終了日 _____
 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

当院では院内感染対策のため、研修登録医、病院研修生及び受託実習生等に下記の検査およびワクチン接種をお願いしています。

各自、医療機関にて下記項目を受診し、各検査結果について医師による記入及び証明を受け、本用紙を医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へ提出してください。

【注意事項】

- 1) 指定した検査方法以外では判定できませんので、必ず指定した方法で検査を受けるようお願いいたします。
- 2) 受入開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、下記1.においては、母子手帳等で接種日が特定できるワクチン接種が2回以上証明できる場合は、提示すれば検査・接種とも不要とします。
- 3) ワクチン接種は、接種間隔を1ヶ月空けなければならないものもあります。そのため、十分な時間的余裕をもって検査を受けるよう、お願いします。ワクチン接種が終了しない場合、受入内容の一部または全部が制限される事があります。
- 4) アレルギー等でワクチン接種を受ける事が出来ない場合は、その旨を明記してください。
- 5) 検査に係るご相談は、当院中央感染制御部までご連絡ください。
 (受入承認手続等、事務的なご相談は、医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へご連絡ください。)

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須)

各項目について指定した検査方法のいずれかで検査を受けてください。陽性基準を満たさない場合、必ずワクチン接種してください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書コピー(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へ提出ください。

項目	検査日	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	基準	基準を満たすか (どちらかに○)	ワクチン接種日
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥16.0	満たす・満たさない	年 月 日
		NT(中和法)		≥8		年 月 日
		PA		≥256		年 月 日
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥8.0	満たす・満たさない	年 月 日
		HI		≥32		年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		陽性*	満たす・満たさない	年 月 日
		IAHA		≥8		年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		陽性*	満たす・満たさない	年 月 日

*各検査機関の陽性基準を満たすこと。≥4.0であることが多い。

2. 結核(必須)

- 1) 受入開始前1年以内の胸部レントゲンで異常がないこと、またはクオンティフェロン(QFT)もしくはT-Spot陰性であることが必要です。
- 2) また、受入開始前1ヶ月以内に2週間以上続咳、微熱がみられた場合は、医療機関にて受診し胸部レントゲンに異常がないことの証明を受け、受入開始日までに医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へ提出ください。

	検査日	検査結果 (一つに○)	基準
胸部レントゲン	年 月 日	異常の有無 有・無	異常無
QFT	年 月 日	陰性・判定保留・陽性	陰性
T-Spot	年 月 日	陰性・判定保留・陽性	陰性

<医師証明欄> 1と2の検査結果を証明します。また活動性結核はないことを証明します。

検査機関名：
医師氏名、署名：

3. B型肝炎

病院内などの医療現場では、血液や体液曝露を受ける可能性があります。可能な限りHBs抗体を獲得しておくことが推奨されます。従って、事前にあなたのHBs抗体保有状況を報告してください。HBs抗体陰性でワクチン接種を受けた方は、下記に結果を記入してください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書コピー(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へ提出ください。

	検査日	検査方法 (行った検査法に○)	測定値	基準
HBs抗体	年 月 日	EIA・CLIA		≥10.0mIU/mL

	ワクチン接種日
1回目	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日

<医師証明欄> 3の検査結果を証明します。
医師氏名、署名：

問い合わせ先：

【事務手続・書類受付】

(担当) 医学部・医学系研究科総務課臨床研修係
 (場所) 中央診療棟7階
 (電話) 052-741-2111(内線5401) (FAX) 052-744-2785
 (Email) sotugo@adm.nagoya-u.ac.jp

【検査、ワクチンに関すること】

(担当) 医学部附属病院 中央感染制御部
 (場所) 附属病院中央診療棟3階
 (電話) 052-744-2477

年 月 日

実習・研修に関する誓約書

名古屋大学医学部長 殿
 名古屋大学医学部附属病院長 殿

私は、下記の事項を固く遵守し履行することを誓約いたします。

記

- 貴学・貴院の個人情報保護方針及び個人情報保護に関する規程・規則等を遵守する為、実習・研修中に知り得た患者及び貴学・貴院の関係者等の個人情報については、実習・研修中は勿論のこと、実習・研修終了後においても、正当な目的以外の使用、開示及び漏洩は行いません。
 また、個人情報の紛失が懸念される場合、又は個人情報の漏洩等があった場合は、直ちに、貴学・貴院の個人情報保護管理者に通報します。所属機関がある場合には、当該機関へ報告します。
- 貴学・貴院の責に帰さない故意または過失による個人情報の漏洩、医療過誤、備品及び患者の持ち物等に係る損害については、法的措置を含め賠償の責を負う事に同意します。
 また、貴学・貴院の責に帰さない事故及び災害については、自己の責任において処理しなければならない場合があることを承知している為、実習・研修前に必要に応じて傷害保険等に参加します。

以上

【本人記入欄】

住 所

所 属

署 名

印

実習・研修期間 年 月 日 ～ 年 月 日

【所属機関確認欄】※

住 所

機関名

所属機関長署名

印

※同一の実習・研修について複数名が実施する場合、実習・研修生名簿を添付いただくことにより、「所属機関確認欄」への記入が必要な誓約書は1枚のみとし、それ以外については空欄での提出を可とします。（本人記入欄の記入については、実習・研修を実施する人数分必要です。）