

施設名 旭川医科大学病院

所在地 北海道 井 1

9. ～ 10. の質問については、研修生や協議会から貴施設へ提出書類が必要な場合のみ
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
- 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
※ 本学様式の「研修のための健康調査票」をご提出いただく
- 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

※ 胸部エックス線の所見が撮影・診断後1年以内のもの

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

- ①実習など開始日前（5日以内）にPCR検査を実施し陰性を確認すること
②体調チェックシートを用いて、毎日健康チェックを行う。

- 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提出の必要な書類がありましたら、ご記入下さい

・ 研修申請書（様式あり） ・ 研修のための調査票

・ 職についているものは、所属機関長の承諾書

実習前2週間分の体調チェックシートを受入れ部署に提出する。

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おります、予めご了承ください。

施設名 北海道大学病院

所在地 北海道 井4

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
- 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 [検査結果等の内容を13に記載の「ワクチン接種歴、抗体検査結果および胸部X線検査結果報告書」に記載していただいております、証明書自体は提出不要。]
- 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
履歴書の研修生連絡先にメールアドレス記載を必須とする。

13. 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
「研修願」、「ワクチン接種歴、抗体検査結果および胸部X線検査結果報告書」

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。

○北海道大学病院研修生受入れ規程

昭和53年5月17日

海大達第37号

(趣旨)

第1条 この規程は、別表に掲げる職種に係る免許を有する者を、北海道大学病院（次条第2項において「病院」という。）において研修させる場合の手続等について定めるものとする。

(申請及び許可)

第2条 研修を受けようとする者は、所定の申請書に履歴書その他の別に定める書類を添えて、北海道大学病院長（以下「病院長」という。）に申請するものとする。

2 病院長は、前項の申請があったときは、病院の業務に支障のない場合に限り、研修を許可することができる。

(研修期間)

第3条 研修期間は、6月以内とする。

(研修料)

第4条 第2条第2項の規定により研修を許可された者（以下「病院研修生」という。）は、別表に掲げる研修料の日額に研修期間の日数を乗じた額を納付しなければならない。

2 病院研修生は、前項の研修料を、北海道大学（以下第6条において「本学」という。）が指定する日までに納付するものとする。

3 病院長は、病院研修生が第1項の研修料を指定の期日までに納めないときは、第2条第2項の許可を取り消すものとする。

4 既納の研修料は、これを返還しない。

(研修課程)

第5条 病院研修生の研修課程は、病院長が別に定める。

(諸規則等の遵守)

第6条 病院研修生は、本学の諸規則を遵守し、病院長の指示に基づき研修を行わなければならない。

(研修証明書)

第7条 病院長は、病院研修生から当該研修に係る証明の願い出があったときは、研修証明書を交付する。

(受入れ許可の取消し等)

第8条 病院研修生が、第6条の規定に違反し、又は病院研修生としてふさわしくない行為があったときは、病院長は、当該病院研修生の研修を中止させ、又は第2条第2項の許可を取り消すことができる。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、病院研修生に関し必要な事項は、病院長が定める。

附 則

この規程は、昭和53年5月17日から施行する。

附 則 (平成元年3月31日海大達第12号)

この規程は、平成元年4月1日から施行する。

附 則 (平成9年4月1日海大達第33号)

この規程は、平成9年4月1日から施行する。

附 則 (平成9年12月17日海大達第59号)

この規程は、平成9年12月17日から施行する。

附 則 (平成13年6月6日海大達第75号)

この規程は、平成13年6月6日から施行する。

附 則 (平成14年3月1日海大達第5号)

この規程は、平成14年3月1日から施行する。

附 則 (平成15年9月17日海大達第81号)

1 この規程は、平成15年10月1日から施行する。

2 この規程の施行の際現に北海道大学医学部附属病院及び歯学部附属病院研修生受入れ規程第2条第2項の規定により研修することを許可され研修している者(以下この項において「旧病院研修生」という。)は、この規程の施行の日に、北海道大学病院研修生受入れ規程第2条第2項の規定により研修することを許可されたものとみなす。この場合において、その許可されたものとみなされる者の研修期間は、北海道大学病院研修生受入れ規程第2条第3項の規定にかかわらず、同日における旧病院研修生としての研修期間の残余期間と同一の期間とする。

附 則 (平成16年4月1日海大達第213号)

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則 (平成16年7月15日海大達第240号)

この規程は、平成16年7月15日から施行する。

附 則 (平成18年3月3日海大達第6号)

この規程は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成26年4月1日海大達第79号）

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成26年11月19日海大達第191号）

この規程は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（令和元年10月1日海大達第180号）

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和4年1月1日海大達第6号）

この規程は、令和4年1月1日から施行する。

別表（第1条、第4条関係）

| 職種 | 研修料の日額 |
|-----------|--------|
| 薬剤師 | 5,500円 |
| 助産師 | 5,500円 |
| 看護師 | 5,500円 |
| 診療放射線技師 | 5,500円 |
| 診療エックス線技師 | 5,500円 |
| 臨床検査技師 | 5,500円 |
| 衛生検査技師 | 5,500円 |
| 理学療法士 | 5,500円 |
| 作業療法士 | 5,500円 |
| 視能訓練士 | 5,500円 |
| 栄養士 | 5,500円 |
| 救急救命士 | 5,500円 |
| 言語聴覚士 | 5,500円 |
| 臨床工学技士 | 5,500円 |
| 歯科技工士 | 5,500円 |
| 歯科衛生士 | 5,500円 |
| 公認心理師 | 5,500円 |
| 精神保健福祉士 | 5,500円 |

研 修 願

令和 年 月 日

北海道大学病院長 殿

住 所

氏 名

この度、下記のとおり貴院において研修したいので、別添書類を添えて申請します。

記

1. 研修期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日
2. 研修部署：
3. 添付書類：履歴書 1通
免許証（写） 1通

別紙7 (誓約書)

年 月 日

個人情報の保護に関する誓約書

北海道大学病院長 殿

氏名：

(生年月日)

住所：

所属：

受け入れ部署：

私は、「個人情報の保護に関する法律」及びこれに関連する通達・規程や院内の諸規定等を遵守するとともに、下記のとおり、患者さん等の個人情報について、他に流用・漏洩しないことを誓約いたします。

記

1. 個人識別可能な情報は、北海道大学病院から持ち出しません。
2. カンファレンスや症例検討会、講義・実習等を通して得られた個人識別可能な診療情報等は、他に流用・漏洩しません。
3. カンファレンスや症例検討会、講義・実習等を通して得られた個人識別可能な診療情報等が不要となったときは、シュレッダー等により個人識別情報を抹消して破棄します。
4. 病院外での学習等に持ち出す必要がある情報に、個人識別可能な診療情報等が含まれているときは、北海道大学病院が定める匿名化の方法に基づき個人識別情報を匿名化し、北海道大学病院の職員の確認を得た上で、これを持ち出すものとします。
5. 匿名化しても不十分な場合は、北海道大学病院の職員とともに患者さん等に説明の上、同意を得ます。
6. 万一、自ら保管する個人情報が漏洩したことにより、患者さん等及び北海道大学病院に損害が生じたときは、その損害を賠償します。

以上

2022.2.1改正版

報告書作成にあたっての留意事項

報告書を作成する前に、北海道大学病院における受託実習生・研修生の受入れに係るワクチン接種等の基本方針 (<https://clinical-training-center.huhp.hokudai.ac.jp/hospital-training/policy/>) をご確認ください。

- ①本様式では、入力された内容から受入れの可否が自動的に判断されます。
- ②緑の罫線で囲まれているセルには計算式が入力されていますので、それ以外のセルへ入力してください。
- ③接種日は、古いものから順に①→②→③と入力してください。
- ④総合判定で、「受入れ可」と表示されない場合は、いずれかの項目の判定に「不可」があります。
やむを得ない理由により入力ができず、「受入れ可」とならない場合は、備考欄に理由を書いてください。
- ⑤報告書が複数枚になる場合は、1枚につき少なくとも1箇所、必ず押印してください。
出力形式はA3、報告書は両面印刷をお願いします。

上記ご一読のうえ、シート名「様式 1 (4種ウイルス感染症)」から入力を進めて下さい。

各ウイルス性疾患の抗体価について

| 疾患名 | 抗体価陰性 | 抗体価陽性(±) (基準を満たさない) | 抗体価陽性 (基準を満たす) |
|-------------|---|--|--|
| 麻疹 | EIA法 (IgG) : 陰性 あるいはPA法 : <1:16 あるいは中和法 : <1:4 | EIA法 (IgG) : (±)~16.0 あるいはPA法 : 1:16,32,64,128 あるいは中和法 : 1:4 | EIA法 (IgG) : 16.0以上 あるいはPA法 : 1:256以上 あるいは中和法 : 1:8以上 |
| 風疹 | HI法 : <1:8 あるいはEIA法 (IgG) : 陰性 | HI法 : 1:8,16 あるいはEIA法 (IgG) : (±)~8.0 | HI法 : 1:32以上 あるいはEIA法 (IgG) : 8.0以上 |
| 水痘 | EIA法 (IgG) : <2.0 あるいはIAHA法 : <1:2 あるいは中和法 : <1:2 | EIA法 (IgG) : 2.0~4.0 あるいはIAHA法 : 1:2 あるいは中和法 : 1:2 | EIA法 (IgG) : 4.0以上 あるいはIAHA法 : 1:4以上 あるいは中和法 : 1:4以上 あるいは水痘抗原皮内テストで 陽性 (5mm以上) |
| 流行性 耳下腺炎 | EIA法 (IgG) : 陰性 | EIA法 (IgG) : (±)~4.0 | EIA法 (IgG) : 4.0以上 |

※本表は、「一般社団法人 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン (第2版)」(環境感染誌, Vol.29, Suppl.III, 2014)より引用し, 改定した。

陰性か±かを判断できない数値の場合について、陰性か±を識別するカットオフ値(分割点, 病態識別値)は検査方法及び検査キットによって異なるため、検査を依頼した会社に確認願います。

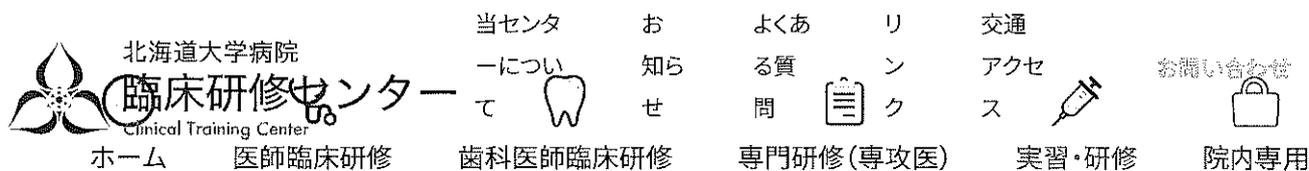
ワクチン接種歴、抗体価検査および胸部X線検査結果報告書 (様式 1 : 4 種ウイルス感染症)

※赤字は入力必須項目です。

※抗体価検査は、表「各ウイルス性疾患の抗体価」を参照のうえ、「陽性」、「±」または「陰性」を記入してください。

所属施設長または医師の氏名: _____

| No. | 氏名 | フリガナ | 性別 | 実習開始日 | 実習終了日 | 4種ウイルス感染症 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|----------|----|-----------|------------|-----------|-----|----|-----------|------------|-----|-----------|-------|----|------|--------|-----|-----------|----|-------|-----------|------|--------|-----------|----|----|-----------|------------|-----|--------|----|------|----|
| | | | | | | 麻疹 | | | | | | 風疹 | | | | | | 水痘 | | | | | | 流行性耳下腺炎 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 抗体価検査 | | | ワクチン接種 | | | 判定 | 抗体価検査 | | | ワクチン接種 | | | 判定 | 抗体価検査 | | | ワクチン接種 | | | 判定 | 抗体価検査 | | | ワクチン接種 | | | 判定 |
| | | | | | | 検査日 | 抗体価 | 判定 | 接種日① | 接種日② | 検査日 | | 抗体価 | 判定 | 接種日① | 接種日② | 検査日 | 抗体価 | | 判定 | 接種日① | 接種日② | 検査日 | 抗体価 | 判定 | | 接種日① | 接種日② | 検査日 | 抗体価 | 判定 | 接種日① | |
| 例 | 北大 太郎 | ホクダイ タロウ | 男 | 2019/11/1 | 2019/11/30 | | | | 2019/10/1 | 2019/10/30 | 可 | 2019/10/1 | 陽性 | 可 | | | 可 | 2019/10/1 | ± | 不可 | 2019/10/1 | | 可 | 2019/10/1 | 陰性 | 不可 | 2019/10/1 | 2019/10/25 | 可 | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | 不可 | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | | 不可 | | | | | |



実習・研修

ホーム 実習・研修 研修の手続き

研修の手続き

すでに資格を保持している医療技術者を受け入れています。

申請時の注意

北海道大学病院研修生受入れ規程をお読みください。

あらかじめ、研修希望部署の内諾を得ていただくようお願いいたします。

研修料については請求書を送付しますので研修開始日までにご送金ください。

研修中止や辞退による研修料の返納は行いません。

受入期間は一度の申請で6か月までとなります。



当センター
について
て 

お知らせ

よくある質問 
専門研修(専攻医)

交通アクセス 
実習・研修

お問い合わせ



院内専用

申請書類

研修願

個人情報保護に関する誓約書

履歴書

資格免許証の写し

ワクチン接種歴、抗体価検査および胸部X線検査結果報告書

(医療機関にお勤めの方) (それ以外の方)

→「ワクチン接種等の基本方針」をご確認ください。

受入れ職種・研修料

| 職種 | 研修料 | 単位 | 実習部署 |
|---------|--------|-------|-------|
| 薬剤師 | 5,500円 | 1日あたり | 薬剤部 |
| 救急救命士 | 5,500円 | 1日あたり | 救急部 |
| 看護師 | 5,500円 | 1日あたり | 看護部 |
| 助産師 | 5,500円 | 1日あたり | 看護部 |
| 診療放射線技師 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 臨床検査技師 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| | | | |



当センターについて
 お知らせ
 よくある質問
 リンク
 歯科医師臨床研修 専門研修(専攻医)

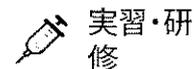
交通アクセス
 お問い合わせ
 実習・研修
 院内専用

| | | | |
|---------|--------|-------|-------|
| 作業療法士 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 視能訓練士 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 栄養士 | 5,500円 | 1日あたり | 栄養管理部 |
| 言語聴覚士 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 臨床工学技師 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 歯科技工士 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 歯科衛生士 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 公認心理師 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |
| 精神保健福祉士 | 5,500円 | 1日あたり | 医療技術部 |

提出期限

研修開始の1か月前まで

申請書類提出先／お問い合わせ先



ワクチンについて

実習の手続き

研修の手続き

〒060-8648

札幌市北区北14条西5丁目

「医療安全」「感染制御」

「個人情報保護」に関する当院の方針

当院での実習・研修を申し込むにあたり、「医療安全」「感染制御」「個人情報保護」に関する当院の方針を理解したうえで申請願います。各養成機関におかれましては、下記によりオリエンテーションを実施の上、派遣いただきますようお願いいたします。

1.医療安全

当院において実習・研修を行う場合、患者さん・ご家族から見て実習生・研修生は当院医療（従事）者に当たることを念頭に行動願います。

実習・研修中に患者さん・ご家族から得た情報については速やかに指導教員等に「報告」、「連絡」、「相談」することを心がけて下さい。

当院 HP「医療安全管理部」

https://www.huhp.hokudai.ac.jp/center_section/iryoanzenkanri/

より抜粋

北海道大学病院 医療安全管理に関する基本的な考え方

「隠さない・逃げない・ごまかさない」

全ての職員は、患者の安全を最優先し、安全に医療を提供する責務があることを認識し業務に当たる。

患者に対するインフォームド・コンセント及びその承諾に基づく医療従事者との良好な信頼関係の下に、患者本位の全人的な医療および安全な医療を提供する。

インシデントが発生した際は、インシデントにより起こりうる患者・家族等の不利益をできるだけ軽減するために、組織横断的に安全で安心な医療を提供する。

インシデントが発生した際は、指示のもと患者及び家族に誠実に説明を行う。

インシデントが発生した際は、速やかに事故内容等の検討及び再発の防止策を講じる。

患者さん・ご家族へのお願い

医療の安全を守るため、下記のことについて患者さん・ご家族のご理解とご協力をお願いいたします。医療者と協力し、自らの医療に積極的に参加してください。

- ・健康状態及び変化は、速やかに正確に医療者にお伝えください。
- ・薬や食べ物でアレルギーがある場合はお知らせください。
- ・他院でお薬が出ている場合はお知らせください。

- ・検査や治療などの医療行為は、十分な理解と合意の上で受けてください。

納得できないことや理解しづらいことは遠慮せずに医療者にご質問ください。

2.感染制御

当院では、院内感染対策指針を策定し、「院内感染対策に関する基本的な考え方」として、

『院内感染を未然に防止するとともに、ひとたび感染症が発生した際には、拡大防止のために、その原因を速やかに特定して、これを制圧、終息させる。』こととしています。

この基本的な考え方を理解の上、以下の事項を遵守してください。

- ・「北海道大学病院における受託実習生・研修生の受入れに係るワクチン接種等の基本方針」

により定められているワクチン接種、胸部X線検査を実施の上、実習・研修を行ってください。

- ・実習・研修当日、体調がすぐれない場合は指導教員等に必ず申し出て指示を受けてください。特に感染性疾患の罹患が疑われる場合は、医療機関を受診してください。

(例)

- ・感染性胃腸炎の症状（嘔吐・下痢・発熱）がある。
- ・インフルエンザの症状（37.5度以上の発熱・全身倦怠感などの感冒症状）がある。

3.個人情報保護

「個人情報の保護に関する法律」及びこれに関連する通達・規程や院内の諸規定等を遵守するとともに、患者さん等の個人情報について、他に流用・漏洩しないことが求められます。

個人情報とは

個人が識別できる情報のこと

※当院においては、診療に関して取得された患者の情報（氏名、性別、年齢、住所、電話番号、ID番号などの個人を識別する情報のほか、診療内容、症状、既往歴、職種、家族に関する事項など、当該患者と関連づけることができる情報が広く含まれます。）

個人情報の匿名化とは

個人情報から、氏名、生年月日、住所等、個人を識別する情報を取り除くことで、特定の個人を匿名化することをいう。（○田○男やイニシャルというものではなく、情報を完全に削除する）

以上の事項をふまえ、「個人情報の保護に関する誓約書」の誓約内容を理解の上、署名・提出願います。



当センター
について
で



お
知ら
せ

歯科医師臨床研修

よくあ
る質
問



リ
ン
ク

専門研修(専攻医)

交通
アクセ
ス



実習・研修

お問い合わせ

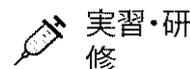


院内専用

実習・研修

ホーム 実習・研修 ワクチンについて

ワクチンについて



- ワクチンについて
- 実習の手続き
- 研修の手続き

北海道大学病院における受託実習生・研修生の受入れに係るワクチン接種等の基本方針

当院では、職員の院内感染予防対策(うつさない)と健康の確保(もらわない)の一環として、患者と接触する可能性のある職員を対象にワクチン接種等を行っています。

これらの院内感染予防対策は、患者や当院職員と接触する機会を有する実習生・研修生に対しても必要となるので、実習・研修を委託される養成機関等においては、対象となる者について以下の①～④の全ての要件を満たすよう、実習の委託申請前までにワクチン接種等の対応を計画的に実施してください。

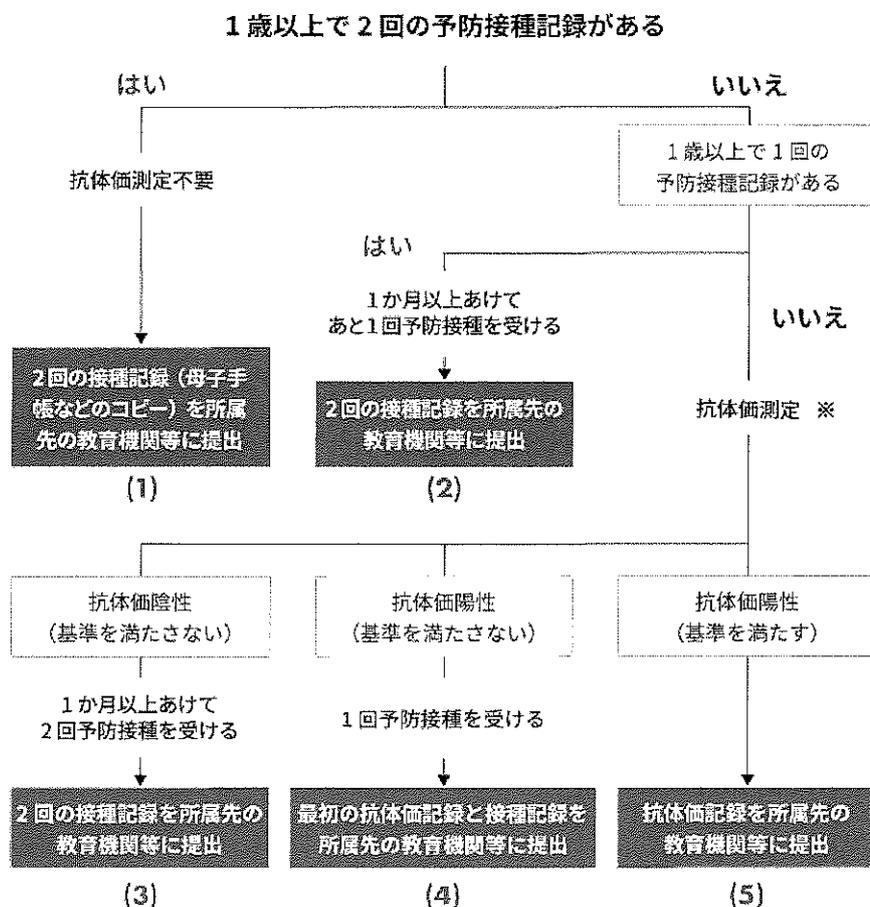
なお、要件を満たしていることの確認のため、「ワクチン接種歴、抗

技師等の医療技術者の免許を有する者)ごめつし要件を満たす場合は、「様式1および様式2」の提出を、「院内感染予防対策について」の提出をもって代えることができます。

※「ワクチン接種に関するQ&A」も併せてご確認願います。

①4種ウイルス感染症(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)

フローチャート内の(1)～(5)のいずれかを満たすこと





当センターについて
 お知らせ
 よくある質問
 リンク
 交通アクセス
 お問い合わせ

院内専用
 実習・研修

抗体価については、下記「各ウイルス性疾患抗体価の受入基準」を参照のこと。

各ウイルス性疾患の抗体価の受入基準

| 疾患名 | 抗体価陰性 | 抗体価陽性(±) (基準を満たさない) | 抗体価陽性 (基準を満たす) |
|-----|---|---|---|
| 麻疹 | EIA法 (lgG) : 陰性 あるいはPA 法: <1:16 あるいは中 和法: <1:4 | EIA法 (lgG) : (±) ~16.0 あるいはPA法: 1:16, 32, 64, 128 あるいは中和法: 1:4 | EIA法 (lgG) : 16.0 以上 あるいはPA法: 1:256以上 あるいは中和法: 1:8以上 |
| 風疹 | HI法: <1:8 あるいはEIA 法 (lgG) : 陰性 | HI法: 1:8, 16 あるいはEIA法 (lgG) : (±) ~8.0 | HI法: 1:32以上 あるいはEIA法 (lgG) : 8.0以上 |
| 水痘 | EIA法 (lgG) : <2.0 あるいは IAHA法: < 1:2 | EIA法 (lgG) : 2.0 ~4.0 あるいはIAHA法: 1:2 あるいは中和法: 1:2 | EIA法 (lgG) : 4.0以 上 あるいはIAHA法: 1:4以上 あるいは中和法: 1:4以上 |


 北海道大学病院
臨床研修センター
 Clinical Training Center
 ホーム 医師臨床研修 歯科医師臨床研修 専門研修(専攻医)

当センターについて
 お知らせ
 よくある質問
 リンク

交通アクセス
 実習・研修

お問い合わせ
 院内専用

| | | | |
|-----------------|--------------------|--------------------------|------------------------|
| 流行性 耳下腺 炎 | EIA法 (IgG) : 陰性 | EIA法 (IgG) : (±) ~4.0 | EIA法 (IgG) : 4.0以 上 |
|-----------------|--------------------|--------------------------|------------------------|

※本表は、「一般社団法人 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン(第2版)」(環境感染誌, Vol, 29, Suppl. III, 2014)より引用し改定しています。

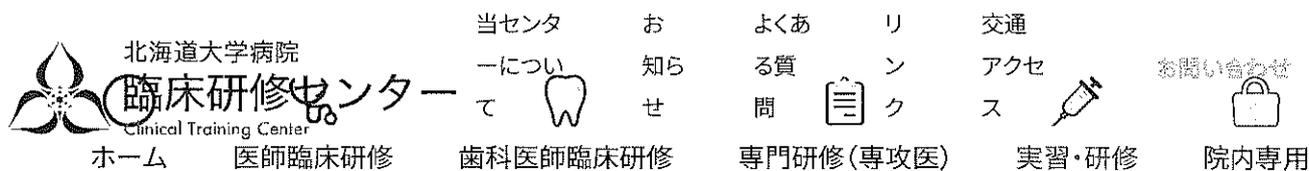
※陰性か±かを判断できない数値の場合について、陰性か±を識別するカットオフ値(分割点, 病態識別値)は検査方法及び検査キットによって異なるため、検査を依頼した会社に確認願います。

※医師が可能と認めた場合は、同時に複数のワクチン(麻疹と風疹等)接種ができます。

②B型肝炎ワクチン接種

B型肝炎ワクチン接種前のHBs抗体検査にて陽性(EIAまたはCLIA、RIA法で10mIU/mL以上)と確認できた場合を除き、下記**1・2・3のすべて**を満たすこと。

1. 1クール(0日間、1か月後、6か月後の3回)のワクチン接種を受けること。
2. 1クルールのワクチン接種完了から1か月以上経過後、HBs抗体検査にて陽性(EIAまたはCLIA、RIA法で10mIU/mL以上)と確認できること。
3. 上記のHBs抗体検査にて陰性と確認された場合は、再度1クール(0日、1か月後、6か月後の3回)のワクチン接種を受けること(や



③胸部X線検査

実習開始前1年以内に1回の胸部X線検査を受けること。

※ なお、異常が指摘された場合は、実習の参加に係る医師の意見を付した診断書を提出すること。

④インフルエンザワクチン接種(流行期である10月～3月に実施する実習のみ)

10月～11月の間に接種を受けること。

※ワクチン接種禁忌の対象者については、受入れの可否について個別に判断を行うため、事務担当者にその旨連絡すること。

お問い合わせ先

北海道大学病院 臨床研修センター

TEL:011-706-7045/7050

実習・研修一覧

ワクチン接種に関する Q&A

2022.2.1 更新

【共通項目】

Q1. 抗体価検査やワクチン接種の証明書の提出は必要か。

- 必要ありません。証明書の内容は報告書に記入してください。

Q2. ワクチンを接種した記憶はあるが、接種日がわからず報告書に記入できない。どうすればよいか。

- 接種日の記入が無い場合は、接種していないものと考えます。再度ワクチンを接種していただく等のご対応をお願いします。

Q3. 抗体価検査について、陽性 / 陰性のみの記入でもよいか。

- 4 種ウイルス感染症は、陽性 / ± / 陰性をプルダウンより選択してください。報告書に「表 1 抗体価の考え方」を掲載していますので、同表により判定願います。
- B 型肝炎は必ず数値を記入してください。報告書に数値を入力すると、自動的に受入れ可 / 不可が判断されます。

Q4. ワクチンの接種間隔について教えてほしい。

- 接種間隔の目安は、以下のとおりです。

| 接種間隔の目安 | | 次に接種するワクチン | |
|-----------------|------------|------------|-----------------|
| | | 4 種ウイルス感染症 | B 型肝炎 |
| 最後に接種した ワクチン | 4 種ウイルス感染症 | 27 日以上 | 27 日以上 |
| | B 型肝炎 | 6 日以上 | 1 か月もしくは 6 か月以上 |

あくまで目安ですので、詳細は実際に接種を受ける医療機関にお尋ねください。

【4 種ウイルス感染症】

Q5. ワクチンの接種歴はないが、罹患歴がある。どうすればよいか。

- 罹患歴については、客観的な証明が困難であることや、記憶違い、よく似た別の感染症であった場合等が考えられるため、罹患歴を基にした判断は行っておりません。ワクチン接種の有無や抗体価検査の結果を基に、適宜ワクチン接種を受けてください。

Q6. 平成 6 年生まれなので麻疹風疹混合ワクチンを 1 回は接種していると思うが、接種日がわからない。どうすればよいか。

- 生年月日に拠る判断は曖昧であり、接種歴について断言できるものではありません。記憶が不確かであれば接種していないものと考え、基本方針に従いワクチン接種を受けてください。

【B 型肝炎】

Q7. 抗体価検査方法が PHA 法で判定されている場合、〇倍はどのように記入したらよいか。

- PHA 法は感染防御に十分な抗体価であるか否かはっきりとしないので陰性扱い（10 未満）となります。EIA または CLIA、RIA 法による測定をお願いします。

Q8. 抗体価のみの記入でもよいか。

- B型肝炎ワクチン接種前の HBs 抗体検査にて陽性（EIA または CLIA、RIA 法で 10mIU/mL 以上）と確認できた場合を除き、1 クールのワクチン接種を受けていることが確認できなければ、受入れることはできません。必ず接種日と抗体価の両方を記入してください。（Q12. ワクチン未接種～も参照してください）

Q9. 2 クールのワクチン接種を終えた後、抗体検査の受診は必要か。

- どちらでも構いませんが、結果の報告は必要ありません。

Q10. 2 クールのワクチン接種を終えた後、抗体が陽性とならなかった場合の対応は。

- それ以上追加接種を行っても陽性率は低いため、「ワクチン不応者」として血液・体液曝露に際しては厳重な管理と経過観察を行ってください。

Q11. すでに B 型肝炎に罹患している場合の対応は。

- 過去に B 型肝炎に罹患したことがあるが（現在は）治癒している、過去に B 型肝炎に感染し（現在も）持続感染している等の様々なケースがありますが、B 型肝炎ワクチンの適応はありません。「B 型肝炎の罹患歴がある」と記載してください。

Q12. B 型肝炎ワクチン未接種であるが HBs 抗体価は高値である場合の対応は。

- 過去に B 型肝炎に罹患したことを示しています。B 型肝炎ワクチンの適応はありません。医療機関を受診したことがなければ、受診をお勧めします。医師の診察を受けた上で、「B 型肝炎の罹患歴がある」と記載してください。

【胸部 X 線検査】

Q13. 4 月の定期健康診断で胸部 X 線検査を行っているため、6 月の実習開始に報告が間に合いません。

- 前年度の検査結果を記入してください。なお、最新の検査結果で所見ありの場合は直ちに医療機関を受診し、その内容（実習研修の可否）を至急連絡のうえ、報告書（様式 2）備考欄に転記し再提出してください。（診断書の提出は不要です）

【インフルエンザ】

Q14. 実習開始時期は 10 月よりも前だが、終了時期が 10 月以降である場合、ワクチン接種は必要か。

- 10～3 月に実習を行う場合は必要です。実習年度 10 月以降のできるだけ早い時期に接種をお願いいたします。なお、ワクチン接種後、12 月末日までに報告書（様式 2）を再提出してください。

【その他】

Q15. 実習開始の何日前までに提出すればよいか。

- 1 か月前までにご提出ください。どうしても間に合わない場合は、早めにご連絡ください。

Q16. 北海道大学病院でワクチン接種を受けることは可能か。

- 申し訳ありませんが、当院では実習生や研修生に対しいずれのワクチン接種も実施しておりません。お近くの医療機関にて接種を受けてください。

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
 - ・必要
- 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
 - ・可能
- 3) 健康診断書は必要ですか
 - ・必要
- 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
 - ・可能
- 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年
- 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
 - ・不要
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか
 - ・必要

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

- ・感染症対策のため研修当日に経過観察日誌と行動履歴チェックシート
(本院指定の様式)

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

- ・①病院研修生受け入れ許可申請書、②履歴書、③健康診断書
- ④臨床検査技師免許の写し

上記をセットで送付をお願いします

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。

施設名 東北大学病院

所在地 宮城県 #7

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
 - ・ 必要
- 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
 - ・ 不可
- 3) 健康診断書は必要ですか
 - ・ 不要
- 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
 - ・ 麻疹, 風疹, 水痘, ムンプス, B型肝炎
- 7) 誓約書は必要ですか
 - ・ 必要
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか
 - ・ 必要

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

・ 本学で受け入れる研修生の方は、東北大学病院研修生として受け入れますので、別添「病院研修生の申請手続きについて」を参考に、必要書類を研修開始日（希望日）1ヶ月前までに、東北大学病院総務課研究協力係に提出してください。履歴書は、上記内の東北大学病院研修生願書に記載してください。また、抗体価を記載した診断書もしくは接種証明書（可能な限り4週間後の抗体価も記載）を実習開始までに担当部署に提出してください。なお、新型コロナワクチンは接種済みであることを推奨しています。

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

・ 研修料（本学に対する）の支払者が貴協議会の場合は、貴協議会から本学病院研修生申請書類を取りまとめの上提出してください。

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。

病院研修生の申請手続きについて

東北大学病院ホームページから必要書類を入手し、手続きをお願いします。

1. 東北大学病院ホームページ (<http://www.hosp.tohoku.ac.jp/>) のトップ画面にある「医療機関の方へ」を開く。
2. 「研修登録医・病院研修生・受託実習生の申込み」を開く。
3. 「病院研修生」の「病院研修生の申請手続きについて (機関依頼) [word]」の書類をお使いください (図 1 参照)。

【図 1】

病院研修生

薬剤師、看護師、臨床検査技師等の免許を有する者で、本学の病院において研修を受けるものです。
申請をされる場合は、事前に研修を受ける診療科(部)の同意を得た上で、必要書類を研修開始(希望)日の1か月前までに提出願います。

-  [東北大学病院研修生取扱規程 \[PDF\]](#)
-  [病院研修生の申請手続きについて 申請書類\(機関依頼\) \[word\]](#)
-  [病院研修生の申請手続きについて 申請書類\(個人依頼\) \[word\]](#)

※依頼者あてに請求書を作成しますので、それにより申請書類を選択願います。

受託実習生

薬剤師、看護師、臨床検査技師等の医療技術者等の養成を目的とする学校もしくは養成所の学生、生徒又は会員等が、養成機関の長の委託により本学の学部等において実習の指導を受けるものです。

申請をされる場合は、事前に実習を受ける診療科(部)の同意を得た上で、必要書類を実習開始(希望)日の1か月前までに提出願います。

-  [東北大学受託実習生取扱規程 \[PDF\]](#)
-  [受託実習生申請に係る必要書類について 申請書類 \[word\]](#)

問い合わせ・申請書類提出先(研修登録医、病院研修生、受託実習生とも)

東北大学病院 研究推進室研究協力係
〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1
TEL 022(717)7000(代表)
e-mail: hosp-ken*grp.tohoku.ac.jp (*を@に変更してください)

施設名 秋田大学医学部附属病院

所在地 秋田県 #8

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

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〔 〕

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

別紙をご確認下さい

17. 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。

令和4年10月25日

認定輸血検査技師制度協議会 事務局 御中

秋田大学医学部附属病院長

認定輸血検査技師制度指定施設
登録状況・研修生受入れ状況確認について（提出）

標記について、別紙の通り提出いたします。ご確認の程よろしくご願ひいたします。

なお、現在新型コロナウイルス感染症の感染拡大の観点から、実習前3日以内のPCR検査（自費）または抗原定量検査を受けていただくようお願いしておりましたので、ご協力いただきますようお願いいたします。

ご不明な点がございましたら下記担当までご連絡いただきますようお願いいたします。

◇担当◇

秋田大学医学系研究科・医学部

総務課病院総務担当 及川

〒010-0843

秋田市本道一丁目 1-1

TEL:018-884-6009 FAX:018-834-8619

E-mail:souki@hos.akita-u.ac.jp

別紙様式

年 月 日

秋田大学医学部附属病院長 殿

現職名

氏 名

印

研 修 許 可 申 請 書

下記により，病院研修生として研修したいので，関係書類を添えて申請します。

記

1 研修希望部門
及び研修事項

2 研修期間 年 月 日から
 年 月 日まで

(注) 氏名は，自署してください。

年 月 日

秋田大学医学部附属病院長 殿

所属名

氏 名

印

誓 約 書

私は、貴院で実習（研修）するにあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 実習（研修）期間中は、貴院所属の実習（研修）生として、院内諸規則を遵守することはもちろん、実習（研修）指導者の指示に従います。
2. 貴院での実習（研修）期間中はあくまでも貴院所属の実習（研修）生という立場を徹底し、守秘義務・個人情報保護法を遵守することを誓います。実習（研修）期間中に知り得た個人情報は、期間中及び終了後も含め、貴院外への持ち出しや漏洩は決してせず、貴院内での利用にとどめることを約束します。

施設名 山形大学医学部附属病院

所在地 山形県 119

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
- 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
病院研修生申請書、個人調書

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おります、予めご了承ください。

別記様式

年 月 日

山形大学医学部附属病院長 殿

住所
氏名

病院研修生申請書

標記のことについて、個人調書を添えて申請いたします。

個人調書

| | | | |
|-------------|--------------|--------|-----|
| 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 本籍 | | | |
| 現住所 | | | |
| 研修期間中の居所 | | | |
| 最終出身学校 | | | |
| 免許の種類 | | | |
| 取得年月日 | 年 月 日 | | |
| 研修希望事項 | | | |
| 研修期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | |
| 保証人 (父兄) | 氏名 | 本人との続柄 | |
| | 住所 | | |
| 備考 | メールアドレス： | | |

施設名 福島県立医科大学附属病院

所在地 福島県 #11

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 ・ ない
- 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
※当院様式（個人情報保護）
- 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

研修前2週間分の検温記録（様式自由）

研修期間中の毎朝の検温や体調の記録（様式自由）

20. 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。

(様式1)

病院実習等に係る個人情報保護に関する誓約書

福島県立医科大学附属病院長 様

この度、私は貴院において実習を行うにあたり、以下の事項を遵守することを誓約いたします。

(基本的事項)

第1 私は、病院実習等（以下「実習」という。）を行うにあたっては、個人情報の権利利益を侵害することのないよう個人情報を適切に取り扱います。

(秘密の保持)

第2 私は、実習に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用しません。なお、実習期間が終了した後においても、同様とします。

(収集の制限)

第3 私は、実習を行うために個人情報を収集するときは、当該実習の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により収集します。

(目的外利用・提供の禁止)

第4 私は、実習に関して知り得た個人情報を実習の目的以外に利用し、又は第三者に提供しません。

(複写・複製の禁止)

第5 私は、実習を行うために福島県立医科大学附属病院（以下「病院」という。）から提供された個人情報が記載された資料等を無断で複写し、又は複製しません。

(資料等の返還等)

第6 私は、実習を行うために病院から提供を受け、又は自らが収集した個人情報が記録された資料等をこの実習の終了後に直ちに病院に返還し、又は引き渡します。

(事故発生時における報告)

第7 私は、この実習で上記内容に反する事態が生じ、又は生ずるおそれがあることを知ったときは、速やかに病院に報告し、病院の指示に従います。

(指示)

第8 私は、実習に関し取り扱う個人情報の適切な管理を確保することを目的とした病院が行う指示に従います。

(損害賠償)

第9 私は、私の責めに帰すべき事由により、実習に関する個人情報の漏えい、不正利用、その他の事故が発生した場合、これにより第三者に生じた損害を賠償します。

2 前項の場合において、病院が私に代わって第三者の損害を賠償した場合には、私は遅延なく病院の求償に応じます。

年 月 日

住所

氏名