

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
・ 不要
- 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
・
- 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
・ 不要
- 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
・ 不要

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

・

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。

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
 - ・ 不要
- 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
 - ・
- 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
 - ・
- 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
 - ・ 不要

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

- ・ 直近の感染状況により、研修当日に当院規定のコロナ抗原検査を受けて頂く場合があります。

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

- ・ 研修料等の規定がある場合は提出をお願いします。

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 自治医科大学附属病院

所在地 栃木県 県14

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 ・ ☒ ヘルペス ・ 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

別紙ハセオリ

23. 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＞受験中
諸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。

実習・研修予定者各位

自治医科大学附属病院 感染症調査票

当院では院内感染対策のため、5日間以上実習等を行う方に胸部レントゲン結果、4種ウイルスワクチン接種歴もしくは抗体価の提出をお願いしています。

各ワクチンを 2回以上、確実に接種したことがある方 は、母子手帳を確認の上日付を記載してください。

2回以上接種歴が確認できる方は、抗体価の測定、記載は不要です。 接種歴が1回の方 は、4週間以上空けてもう1回接種を追加して日付を記載してください。その場合も抗体価の測定は不要です。

それ以外の方 は、抗体価を測定の上、基準値を満たさない場合はワクチンを追加接種してください。抗体価の測定はEIA(IgG)をお願いいたします。

なお、免疫が不十分なまま実習を開始された場合、これら感染症に罹患、蔓延させる可能性があり、責任の一端が自身にあることを十分ご承知ください。

お問い合わせ先：自治医科大学 保健センター TEL:0285-58-7016 Email:hokencenter@jichi.ac.jp

記入日 年 月 日

ご所属

氏名

実習場所： 看護部・臨床検査部・リハビリ部・薬剤部・放射線部・臨床工学部・臨床栄養部・事務
その他（ ）

実習等開始日： 年 月 日

実習等終了日： 年 月 日

胸部レントゲン	検査日	結果	有所見者は2次健診を受診の上、 実習に支障のないことを確認してください 確認日： 年 月 日
	年 月 日 * 過去1年以内		

項目	予防接種歴	抗体価	検査法	検査日	抗体価は基準を満たすか (丸で囲む)	追加ワクチン接種日
麻疹	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上16.0未満)→1回追加 陽性(16.0以上)→追加不要	年 月 日
風疹	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上8.0未満)→1回追加 陽性(8.0以上)→追加不要	年 月 日
水痘	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上4.0未満)→1回追加 陽性(4.0以上)→追加不要	年 月 日
流行性 耳下腺炎	年 月 日		EIA(IgG)	年 月 日	陰性(2.0未満)→2回追加	年 月 日
	年 月 日				低抗体価(2.0以上4.0未満)→1回追加 陽性(4.0以上)→追加不要	年 月 日

* 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」を参考にしています

実習生の守秘義務に関する誓約書

(別紙)

患者等の個人情報の保護に関する誓 約 書

自治医科大学附属病院

病 院 長 様

私は、当院での実習にあたり、患者等の個人情報の保護に関する法令等の趣旨を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、病院実習委託契約書第4条に基づき、実習期間中はもちろん、実習期間終了後においても、実習上知り得た患者等の個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

所属 _____

※ 氏名 _____

※ 本人の署名又は記名・押印をしてください

病院実習、病院見学、採用試験受験者等の受入れについて

2022年3月1日(火)

自治医科大学附属病院 病院長

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）オミクロン株流行状況およびワクチンブースター接種の進捗状況を鑑み、病院として病院実習生、病院見学者等を受け入れる際の条件を以下の通りとします。ワクチン接種が3回終了していない場合は、緊急事態宣言およびまん延防止等重点措置の都道府県・地域からの来院を原則的にお断りしています。

1. 来院までの2週以内に悪寒・発熱、全身倦怠感、嗅覚・味覚障害、咽頭痛、咳嗽等がないこと。
2. 日常生活において、新型コロナウイルス感染症に高い意識を持ち、感染対策を踏まえた新たな生活様式を実践していること。
3. 病院来院前最低2週間下記の行動・参加について同居家族の方も含めて自粛していること。
 - ① 公共交通機関を利用する国内・国外旅行
 - ② 感染対策を十分に実施していない集会、会議、研究会等
 - ③ 家族以外の方との食事会、（対面15分以上の会話を含む）宴会等
 - ④ 不特定多数と長時間屋内で過ごすイベント等

（例）接客を伴う飲食店、カラオケ、ライブハウスなど
4. 医療関係に従事する方は、
 - ① 勤務する医療機関でクラスターの発生がないこと。
 - ② 勤務中に標準予防策を徹底していること。
5. 当院までの移動中の感染予防を厳密に行うこと。

当院での実習、見学等の間はマスク着用を含めた当院における感染予防対策、標準予防策を厳格に遵守していただくよう宜しくお願い致します。感染を院内に持ち込まないために、ご理解、ご協力を宜しくお願い申し上げます。

施設名 獨協医科大学病院

所在地 栃木県 #15

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
 - ・ 3ヶ月
- 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
 - ・ 必要
- 8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか
 - ・ 不要

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

- ・ 胸部 X 線検査、感染症抗体検査、ワクチン接種申告書、検温表
- 個人情報保護に関する誓約書、新型コロナウイルス感染症に関する問診票

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。

実習生・研修生の職業感染予防について

獨協医科大学病院
令和2年4月1日現在

当院では、病院実習を行う実習生および研修生に対し、感染予防対策並びに安全確保のために、実習前に後述の感染症疾患の事項をお願いしております。

なお、実習時に針刺し・切創、粘膜曝露等が実習時に発生した場合には、当院の院内感染対策マニュアルに従い、健康管理科等必要な診療科等の受診を推奨します。

当院において実習・研修を行う方は、「胸部X線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書（実習・研修生用）」（様式1）に必要事項を確認の上、記入し提出をお願いします。

1. 結核について

- ① 実習開始前に、2週間以上続く咳嗽や痰、原因不明の発熱や体重減少など結核を疑わせる症状がないことを確認してください。
- ② 胸部X線検査、IGRA検査（インターフェロンγ遊離試験）の実施もお願いします。
- ③ 胸部X線検査については、実習開始前1年以内に異常がないことが必要です。
妊娠中またはその可能性がある場合は、胸部X線検査はできませんので、その場合は別途情報提供をお願いします。
- ④ 結核IGRA検査は、T-SPOT または QFT を行ってください。実習開始前5年以内のものが有効です。
- ⑤ 下記の場合は実習が可能である旨の医師の診断書を提出してください。
 - ・ 胸部X線で結核を疑われる病変が指摘された場合
 - ・ IGRA検査（T-SPOT 又は QFT）が陰性以外の場合（陽性、判定保留、判定不可）
 - ・ 活動性結核または潜在性結核として抗結核治療中の方
 - ・ 咳嗽や痰など呼吸器症状や原因不明の発熱や体重減少が続く場合等

2. 4種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について

- ① 罹患歴・ワクチン接種歴の記入をお願いします。
- ② 各種ウイルスの抗体検査を実施し抗体価が十分でない場合は、日本環境感染学会「医療従事者のためのワクチンガイドライン」第2版に従い、必要なワクチンの追加接種をお願いします。
- ③ 実習前に各ウイルスワクチンについて2回の接種が完了し、かつ十分な抗体価があることを確認できていることが望ましいです。
- ④ ワクチン不応者や実習までに抗体検査等が間に合わない場合には、事前に＜本件についての提出先・問合せ先＞までご連絡ください。実習予定の部署や、疾患の流行状況により、実習の希望に添えないこともありますのでご了承ください。
- ⑤ 明確な既往がなく、ワクチンの接種がなされていない場合には、それぞれ2回のワクチン接種を推奨します。実習前には少なくとも、2回のワクチンを済ましている、または、接種歴は1回であるが十分な抗体価があることが確認できている状態で、実習に望んでください。
- ⑥ 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎のワクチンは生ワクチンです。妊娠中または妊娠2ヶ月以内、免疫不全等のある方は接種できません。その他ワクチン不応者に該当される場合には、その旨を別紙「5. アレルギー等の医学的理由でワクチン接種ができない場合」に記載してください。
- ⑦ 結果については、陰性、陽性だけでなく、数値（抗体価）で記載が必要です。提出前に確認をお願いします。
- ⑧ 検査方法はEIA法をお願いします。

検査項目	検査法	十分な抗体価の基準
麻疹 IgG	EIA 法	16.0 以上
風疹 IgG	EIA 法	8.0 以上
水痘 IgG	EIA 法	4.0 以上
流行性耳下腺炎 IgG	EIA 法	4.0 以上

・麻疹と風疹については陽性の値と十分な抗体価は一致しませんので注意してください。

3. B型肝炎ウイルスについて

- ① 実習開始前に少なくとも1シリーズ（3回接種）のワクチン接種を行い、基準以上の抗体価を獲得したことを確認して下さい。日本環境感染学会 医療従事者のためのワクチンガイドライン第2版に従ってください。
- ② 1シリーズに基準以上の抗体価を獲得とならなかった場合にはもう1シリーズの再接種を推奨します。
- ③ 1シリーズ後基準以上の抗体価が獲得とならなかった場合や、2シリーズでも抗体価が獲得とならなかった場合は、別紙「5. アレルギー等の医学的理由でワクチン接種ができない場合」にその旨を記載してください。

また、接種不適者や HBV 感染者（HBs 抗原陽性）や既感染者と考えられる場合（HBc 抗体陽性）には必要箇所にその旨を記載してください。

- ④ ワクチン接種歴の有・無および罹患歴、抗体の有無とその抗体価の値を記載してください。抗体測定は、CLIA 法、CLEIA 法、EIA 法のいずれかで行ってください。

検査項目	検査法	十分な抗体価の基準
HBs 抗体	CLIA 法・CLEIA 法・EIA 法	10.0 mIU/ml 以上

■提出書類：「胸部 X 線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書（実習生・研修生用）」*（様式1）

* 抗体価やワクチン接種証明書の提出は必要ありません。

要件を満たしていることを必ず確認の上、ご提出ください。

（必要な書類は病院ホームページから印刷してご利用ください。）

■提出期限：実習申請書と合わせて提出してください。

原則実習日の1ヵ月前までに必ず提出してください。

季節性インフルエンザワクチンの接種に限り予定日の申告も可とします。

■その他：①上記申告書は、院内感染対策や実習者の安全対策、健康管理以外の目的では使用いたしません。また、提出された申請書類に含まれる個人情報、獨協医科大学病院で厳重に管理します。

②実習期間中に職業感染が発生した場合は、当院の院内感染対策マニュアルに従い対応してください。なお、必要により管轄の保健所等行政当局からの指示やアドバイスを受ける事があります。

③「実習生の職業感染予防について」は更新する場合がありますので、必ず実習開始前（1ヵ月前くらい）にはご確認ください。

④実習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は、実習を内容の一部または全部が制限されることがあります。

■提出先・問合せ先：〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町北小林 880

獨協医科大学病院 庶務課 宛

TEL: 0282-87-2038

獨協医科大学病院（実習生・研修生用）

（所定様式1）

獨協医科大学病院 胸部 X 線検査・感染症抗体検査・ワクチン接種申告書

（実習・研修生用）

記載日：（西暦） 年 月 日

学校名 医療機関名			学部名/学年 部署名		
ふりがな 氏 名		生年月日 年齢	西暦	年 月 日生 (満 歳)	男・女
実習・研修期間	年 月 日～		年 月 日	(日間)	

1. 結核関連検査

胸部 X 線検査（必須） ・ 過去 1 年以内に実施したもの

検査結果	☐ 正常 ☐ 異常 ()
実施日	西暦 年 月 日

結核 IGRA 検査（T-SPOT または QFT）（必須） ・ 過去 5 年以内に実施したもの

検査法	☐ T-SPOT ☐ QFT	実施日	西暦 年 月 日
検査結果	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定保留 ☐ 判定不可		
備考	結核疑いの場合は、校医又は産業医の証明書を提出すること		

呼吸器症状	☐ 有 ☐ 無	
結核治療歴	☐ 有 (☐ 治療完了、 ☐ 治療済) 治療期間： (西暦) 年 月 ～ 年 月	☐ 無

2. 4 種抗体検査（必須） ・ 抗体価は過去 5 年以内に実施したもの

抗体価：当院は、EIA 法（IgG）を推奨します。

項目	検査日 (西暦) 年月日	測定値 (IU/ml)	基準（いずれかに○）					
			陰性		陽性 (基準を満たさない)		陽性 (基準を満たす)	
麻疹			<2.0		2.0-15.9		≥16.0	
風疹			<2.0		2.0-7.9		≥ 8.0	
水痘			<2.0		2.0-3.9		≥ 4.0	
流行性耳下腺炎			<2.0		2.0-3.9		≥ 4.0	

獨協医科大学病院（実習生・研修生用）

罹患歴・ワクチン接種歴

麻疹 (はしか)	罹患歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	☐ 無
風疹 (三日ばしか)	罹患歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	☐ 無
水痘 (水ぼうそう)	罹患歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	☐ 無
流行性耳下腺炎 (おたふく・ ムンプス)	罹患歴	☐ 有 (歳頃)	☐ 無
	ワクチン 接種歴	☐ 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日	☐ 無

3. B型肝炎ウイルス検査（必須） ・ ワクチン接種を強く推奨します

HBs 抗体 (CLIA 法)	結 果	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査	抗体価検査値 ()	検査日: 年 月 日
	ワクチン 接 種 歴	☐ 有 接種1回目: 年 月 日 接種2回目: 年 月 日 接種3回目: 年 月 日	☐ 無	

4. 季節性インフルエンザワクチン接種状況（必須・研修期間が11～3月の場合のみ記入）***

***接種日または接種予定日を記入してください。接種証明書の提出は必要ありません。

接種日・接種予定日	☐ 接種済 ☐ 接種予定 年 月 日
未接種（理由）	☐ 未接種 ()

5. アレルギー等の医学的理由でワクチン接種ができない場合

--

学校（養成機関）名: _____

責 任 者 名: _____

獨協医科大学病院 記入欄

受 入 許 可: 可 ・ 要相談 ・ 不可

記 載 日: 令和 年 月 日

受 入 部 署: _____

実習指導担当者: _____

連 絡 先: _____

(所定様式2)

個人情報保護に関する誓約書

獨協医科大学病院

病院長 麻 生 好 正 殿

私は、貴院からの研修・実習中に知り得た患者及び病院関係者の個人情報について、研修・実習期間中はもちろん研修・実習終了後も、第三者に故意又は過失によって漏洩したり、貴院に無断で使用したりいたしません。

また、個人情報漏洩したことにより、貴院に損害が生じた場合には、これを賠償するものといたします。以上の事項を厳守することを誓約いたします。

令和 年 月 日

学校名

病院名 _____

<実習生・研修生>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

(紹介医療機関用)

氏名	居住地	都・県	区・市・郡	町
----	-----	-----	-------	---

(紹介医療機関記載)

以下の質問事項について問診いただき「はい」の場合には、事前に紹介先診療科にお電話ください

質問事項	回答欄
① 今までにご自身または同居のご家族等が新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか。	はい (本人・家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・陽性療養期間 いいえ
② 2週間以内に自身の体調で、発熱、咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢などの症状がありましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・症状詳細() いいえ
③ 2週間以内に、ご自身または同居のご家族等が新型コロナウイルス陽性者または新型コロナウイルス濃厚接触者との接触がありましたか。	はい (本人・家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・どこで() ・だれ () いいえ
④ ご自身または同居のご家族等が保健所から新型コロナウイルス濃厚接触者と指定されましたか。	はい (本人・家族等) ・いつ 202 年()月()日 いいえ
⑤ 2週間以内に同居家族や行動を共にした方の体調で、発熱、咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢などの症状がありましたか。	はい (家族等・知人) ・接触日 202 年()月()日 ・症状詳細() いいえ
⑥ 同居家族または職場(同部署)に、自宅隔離を要請されている人がいますか。	はい ・関係(家族・職場・知人・他) ・詳細() いいえ
⑦ 自分自身や同居家族、または職場などに過去2週間以内に海外から帰国した人がいますか。	はい ・国名() ・帰国日 202 年()月()日 いいえ
⑧ 2週間以内に、お住いの都道府県以外の県に行きましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・滞在地() ・交通手段() ・目的() いいえ
⑨ 2週間以内に、屋内・屋外問わず50名以上が集まるイベントに参加しましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・交通手段() ・目的、詳細() いいえ
⑩ 2週間以内にお住いの都道府県内・外によらず、いわゆる”3密“(換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話)の機会がありましたか? 例:複数人での飲食、家族以外の複数人での飲食、接客を伴う飲食、冠婚葬祭なども含む集会参加、集合での運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、公共交通機関(電車・バス・飛行機・船舶)利用、同居家族以外の方との自家用車の同乗など	はい ・いつ 202 年()月()日 ・目的() ・公共交通機関詳細() ・自家用車(同乗者詳細:) ・会場名や所在地() いいえ

*患者さんへ:本日、以下の症状がありますか?(はい、もしくは、いいえ)に○印をつけてください。

① 発熱(37.5℃以上)	はい 体温()℃	いいえ	⑦ 強いだるさ(倦怠感)	はい いつから()	いいえ
② のどの痛み	はい いつから()	いいえ	⑧ 臭いが分かりにくい	はい いつから()	いいえ
③ 鼻水	はい いつから()	いいえ	⑨ 味が分かりにくい	はい いつから()	いいえ
④ 咳(せき)	はい いつから()	いいえ	⑩ 吐き気・嘔吐	はい いつから()	いいえ
⑤ 痰(たん)	はい いつから()	いいえ	⑪ 下痢	はい いつから()	いいえ
⑥ 息苦しさ	はい いつから()	いいえ	⑫ しちやけ	はい いつから()	いいえ

新型コロナウイルスワクチンを接種または予定していますか	接種日または接種予定日 1回目202 年()月()日 2回目202 年()月()日 3回目202 年()月()日	
問診年月日	問診確認者(サイン)	診療科・主治医(サイン)
年 月 日() :		科

獨協医科大学病院(患者本人用)ver.7 作成日 2022.5.2

原本をスキャナ → 原本を感染制御センターへ

検温表 (獨協医科大学病院)

確認(病院用)

この検温表は、患者さんの体調を把握し、入院および手術・検査を予定通り実施できるかどうか判断するために使用されます。患者さん自身の安全を守るためにも、可能な限り正確に記入してください。

患者氏名:

日 時		検温した 時間	体温	咳 の有無	倦怠感 の有無	咽頭痛 の有無	味覚・嗅 覚障害の 有無	その他 体調で気になること
14日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
13日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
12日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
11日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
10日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
9日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
8日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
7日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	

(原本をスキャナー⇒原本を感染制御センター)

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
・ 不要
- 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
・
- 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
・
- 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
・ 不要

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

・

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。

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
・ 不要
- 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
・
- 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
・
- 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
・ 不要

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

・

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。

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 (獨協書式) 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

[2]

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

個人情報事項について

80. 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

写しに写し

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 防衛医科大学校病院

所在地 埼玉県 市川市

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

31. 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。

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
 - ・ 不要
- 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
 - ・
- 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
 - ・ 3ヶ月
- 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
- 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
 - ・ 不要

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
・

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
- ・ 依頼状（依頼状確認後、研修者に対しで当院より健康診断書・研修費等の連絡をさせていただきます）。

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 千葉県がんセンター

所在地 千葉県 ㊦24

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 [胸部レントゲンまたはQFTまたはT-spot TB]

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

上記 6) について提出の必要はありませんが、実習中は
携帯し、必要時提示して下さい。

33. 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 千葉大学医学部附属病院

所在地 千葉県 #25

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 過去1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 コロナワクチン ・ インフルエンザ]

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

34. 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。

第1号様式

(元号) 年 月 日

千葉大学医学部附属病院長

殿

氏 名 ⑩
(元号) 年 月 日生
現住所

病 院 研 修 申 請 書

貴院において下記研修を受けたく、許可くださるよう関係書類を添えて申請します。

なお、許可のうえは、貴学の諸規則を守るとともに貴院の責任者の指示に従います。

記

- 1 研修職種
- 2 研修の種類
- 3 研修期間 (元号) 年 月 日から
(元号) 年 月 日まで

実習・研修担当者各位

実習生・研修生の抗体検査とワクチン接種および胸部X線写真のお願い

千葉大学医学部附属病院では院内感染予防のため、職員への風疹・麻疹・流行性耳下腺炎・水痘・B型肝炎について抗体価のチェックと陰性者へのワクチン接種、および胸部X線検査を行っています。この主旨に従い、患者と接する機会を有する実習生・研修生にも協力をお願いしています。

病気・妊娠・アレルギーなどで医師よりワクチン接種を禁止されている人以外は実施するようお願い致します。

1. 対象者は、患者と接する実習および研修を行う方です。

2. 抗体検査について

1) 抗体検査は、以下の方法をお願い致します。また、検査結果を添付の報告書に記載してください。

- (1) 風疹 : HI 法
- (2) 麻疹・流行性耳下腺炎・水痘 : EIA 法
- (3) HBs 抗体 : CLIA 法

3. ワクチン接種について

1) 抗体価が基準値以下の場合、ワクチン接種記録を添付の報告書に記載して下さい。

※ ワクチンを2回接種している方は2回とも接種日を記載してください。

- (1) 風疹 (HI 抗体価 32 倍未満の者)
- (2) 麻疹 (IgG 抗体価 16.0 未満の者)
- (3) 流行性耳下腺炎 (IgG 抗体価 4.0 未満の者)
- (4) 水痘 (IgG 抗体価 4.0 未満の者)

4. HBs 抗体価について

1) B型肝炎ワクチンの実施した記録とその後の抗体価結果を添付の報告書に記載してください。

なお、ワクチン接種は2クールまで接種した記録でかまいません。

5. 胸部X線検査について

1) 少なくとも1年以内の撮影した胸部X線写真の診断結果を添付の報告書に記載してください。

6. その他

- 1) 対象者でワクチン接種されていない方は、その理由を添付の報告書の備考欄に記載してください。
- 2) 報告書の内容によっては当院の判断により実習および研修が制限される場合があります。
- 3) 院内感染対策上の理由により抗体測定結果およびワクチン接種などの状況を個人及び施設に確認する場合がありますので、速やかにご協力いただくようお願いいたします。
- 4) インフルエンザワクチン接種は出来るだけ接種していただくようお願いします。

7. 提出書類

1) 抗体価結果およびワクチン接種記録等報告書（添付書類）

※ 抗体検査結果およびワクチン接種の基準を満たしているか提出前に各施設の責任において確認し提出してください。

8. 提出先・連絡先

千葉大学医学部附属病院 総務課 総合医療教育係
電話番号：(代表) 043-222-7171 (内線) 6012、6013

2019 年 5 月

千葉大学医学部附属病院 病院長

抗体価結果およびワクチン接種記録等報告書

以下、当施設の責任において相違ないことを報告いたします。

提出日(西暦):

養成機関等の名称:

代表者 氏名:

		検査項目	風疹	麻疹	流行性 耳下腺炎	水痘	HBs抗体価	胸部 レントゲン	備考
		検査方法	HI法	EIA法(IgG)			GLIA法	X線検査	基準を下回っていた場合で、ワクチンを打てなかった理由等を記載してください。
		基準	32以上	16以上	4以上	4以上	10mIU/ml以上	異常の有無	
NO	氏名						接種後の結果		
1		測定結果							
		ワクチン接種記録							
		1回目							
		2回目							
		罹患記録							
2		測定結果							
		ワクチン接種記録							
		1回目							
		2回目							
		罹患記録							
3		測定結果							
		ワクチン接種記録							
		1回目							
		2回目							
		罹患記録							
4		測定結果							
		ワクチン接種記録							
		1回目							
		2回目							
		罹患記録							

必要に応じて行を増やしてください。

別記様式2

学部学生・大学院生・研修生・研究

個人情報保護に関する誓約書

(元号) 年 月 日

千葉大学医学部附属病院長 殿

所属等：_____

フリガナ

氏 名：_____

生年月日（西暦）：_____

私は、千葉大学医学部附属病院（以下「病院」という。）において研修又は実習等（以下「研修等」という。）を行う場合において、次の個人情報保護に関する事項を遵守することを誓約します。

1. 個人情報保護に関する法令及び千葉大学における諸規程等を十分理解し、これを遵守いたします。
2. 研修等により知り得た保有個人情報等は、正当な事由なく第三者に漏らしません。その研修等が終了した後も同様といたします。
3. 保有個人情報等を紛失又は紛失した恐れがある場合は、速やかに部署責任者及び部局情報保護管理者に報告いたします。
4. 故意又は重大な過失によって、病院に損害を与えた場合は、その責任を負うことを認めます。

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
 - ・ 3ヶ月
- 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
- 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

・

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
- ・ 「病院実習依頼書」「実習委託契約書」「実習者名簿」「病院実習誓約書」

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あります、予めご了承ください。

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
・ 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
・ コロナウイルスワクチン接種歴
- 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
・ 不要

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
・

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 虎の門病院

所在地 東京都 井28

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

37. 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 国立がん研究センター中央病院

所在地 東京都 #29

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
(A4サイズ)

3) 健康診断書は必要ですか
え 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
(A4サイズに縮小)

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、誓約書、感染症抗体申告書、免許の写しをご提出ください。

* 誓約書、感染症抗体申告書は当院指定書式をご用意しております。

38. 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
受託実習申請書 (当院指定書式)

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。

感染症抗体申告書

流行性ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）ワクチン接種歴・抗体価 確認票

記入日： 20 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
所属施設		職種	
従事形態	☐ 受託実習生 ☐ 任意研修生 ☐ 客員・外来研究員 ☐ ダヴィンチ手術症例見学 ☐ 病院見学	開始日	年 月 日

【必須】麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

ワクチン接種歴、抗体検査の結果を記入してください。接種歴が2回ある場合は検査は不要です。

	麻疹 (はしか)	風疹 (三日はしか)	水痘 (みずぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
①ワクチン接種歴 (月日まで記入)	接種回数 回 接種日： 年 月 日 年 月 日	接種回数 回 接種日： 年 月 日 年 月 日	接種回数 回 接種日： 年 月 日 年 月 日	接種回数 回 接種日： 年 月 日 年 月 日
②抗体検査結果 抗体価判断基準は 別紙参照のこと	検査日： 年 月 日 検査法： ☐ EIA(IgG) ☐ PA ☐ NT(中和法)	検査日： 年 月 日 検査法： ☐ EIA(IgG) ☐ HI ☐ その他()	検査日： 年 月 日 検査法： ☐ EIA(IgG) ☐ IAHA ☐ その他()	検査日： 年 月 日 検査法： ☐ EIA(IgG)
	抗体価数値：	抗体価数値：	抗体価数値：	抗体価数値：

以下1～3のいずれかにチェックを入れてください。



- ☐ 1. ①で4疾患すべてに対して各々2回のワクチン接種歴があり、それを証明できる書類がある
- ☐ 2. ①で2回のワクチン接種歴のない疾患に対し、②で抗体価陽性であり、それを証明できる書類がある
- ☐ 3. 1,2.を満たさないため、研修前に必要なワクチンを接種し、接種証明書類を提出する予定である

ワクチン接種歴・抗体検査結果 記載方法

- ①ワクチン接種歴： 記入日時点でのワクチン接種歴を記載してください（3回以上ある場合は余白に記入）。ワクチン接種を証明できる書類（母子手帳、予防接種証明書等）のコピーを必ず添付してください。添付がない場合は無効となります。
- ②抗体検査結果： ①で各々2回以上のワクチン接種歴を証明する書類がない場合、追加のワクチン接種を行い接種を証明できる書類を提出するか、②過去の抗体検査結果を記入してください。
検査結果（測定法と抗体価の数値記載）のコピーを必ず添付してください。

※2回のワクチン接種歴がなく、抗体価が基準値（別紙参照）に満たない場合には、研修・見学開始日前に追加のワクチン接種を行い、接種を証明できる書類を提出してください。

原則、免疫獲得後でなければ研修・研究等は認められませんのでご注意ください。

【任意】B型肝炎

血液の曝露を受ける可能性もあるため、抗体陰性の方は可能な限りワクチン接種を推奨します。

HBs 抗体	+ ・ - ・ 不明	ワクチン接種 回数・接種歴	未・1回・2回・3回	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日
--------	------------	------------------	------------	--

1号様式
発第号
令和 年 月 日

国立研究開発法人
国立がん研究センター理事長 殿

養成機関等の所在地
名 称
役 職
代表者氏名
(公印)

受託実習方申請について

下記の者を、貴センターにおいて受託実習生として研修たまりたく、
必要書類を添えて申請いたします。

記

1. 実習内訳

実 習 生 氏 名	ふりがな	実 習 期 間	実習日数	学年	性別
		自令和 年 月 日 至令和 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			
		自 年 月 日 至 年 月 日			

2. 実習内容

3. 実習場所

4. 指導予定者

国立研究開発法人 国立がん研究センター
理事長 殿

誓 約 書

今般、国立研究開発法人国立がん研究センター内にて研修・見学等をするにあたり、知り得た患者の情報及びセンター内の業務上の情報について、研修・見学等の期間内及び終了後も、秘密を保持することをお約束します。また、当センターの個人情報保護に関する規程を遵守します。

ただし、以下に該当する情報を除きます。

1. 研修・見学により提供を受ける以前に、私が自ら保有していた情報又は公知の情報
2. 研修・見学により提供を受けた後、私の責によらないで公知となった情報
3. その他、秘密を対象としないこととした情報

年 月 日

氏 名 _____ (印)

所属施設名 _____

所属施設住所 _____

履 歴 書

ふりがな					写 真 必 須																																				
氏 名																																									
生年月日	西暦 年 月 日 生 (歳) 男・女																																								
現 住 所	〒 電話：																																								
日中の連絡先					年 月 現在																																				
E-mail																																									
学 歴	高等学校 年 月 日 入学、 年 月 日 卒業 大学 学部 年 月 日 入学、 年 月 日 卒業 大学大学院 年 月 日 入学、 年 月 日 卒業																																								
勤 務 歴	<table border="1"> <thead> <tr> <th>勤 務 期 間</th> <th>施 設 名</th> <th>部署・科名</th> <th>指導者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					勤 務 期 間	施 設 名	部署・科名	指導者	年 月 日 ～ 年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日			
勤 務 期 間	施 設 名	部署・科名	指導者																																						
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
年 月 日 ～ 年 月 日																																									
研修・研究開始日時点の所属施設も記入																																									
医師免許	医籍登録 年 月 日 第 号																																								
資 格	(学位) 1 無 ・ 2 有 (年 月 日 取得)																																								
健康状態 (既往歴)			趣 味 スポーツ																																						
その他																																									

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。

院 第 21-46 号
2022 年 1 月 11 日

各位

院 長 高橋和久
院長補佐 山路 健
感染対策室長 堀 賢

**院外から招聘する医療従事者・見学者および 実習者の
受け入れ条件と対応について**

平素は感染対策にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、当院では院内への水際対策として、昨年 院第 21-13 号 (2021 年 6 月 7 日付) を発行しておりました。しかしながら、COVID-19 はオミクロン株となって、免疫を逃避する傾向が顕著に表れ、ワクチンによる感染防止効果も著しく低下することとなり、また症状も軽減し変化しているため、従来の基準を見直すことにしました。

本対策の変更の意図を十分ご理解の上、院内への COVID-19 持ち込みのリスクを少しでも低減できるように、ご協力をお願い申し上げます。

なお、本件に関するお問い合わせは、感染対策室長 堀 (PHS: 70331、shori@juntendo.ac.jp) までお願いします。

記

開始時期： 2022 年 1 月 12 日(水) 以降受付分から
有効期限： 流行が繰り返さなくなるまでの当面の間
対象者： 院内全部署 (* 院外からの外来応援医師は除く)

以上

(本状配付先：病院全般)

別添

院外から招聘する医療従事者・見学者および実習者の受け入れの条件と対応について

病院連絡会承認 2022 年 1 月 11 日

新型コロナワクチン接種を 2 回接種していても半年以上経過すれば 20%程度に低下し、3 回接種しても 48.8%しかないことから、新型コロナワクチンの接種が当院入館の免罪符とはならなくなりました。そこで以下のように方針を変更し、運用することになりましたのでお知らせします。

<基本的考え方および方針>

院外から医療従事者（主に医師）を招聘する、見学者を受け入れる、あるいは実習生を受け入れることによる院内への感染症の持ち込みリスクは可能な限り低減しておく必要がある。院内感染を防止する観点から、現時点においても依然としてリスクはあるため、以下の方針に基づき対処することとする

- ・ 招聘したい医療従事者が勤務している外部医療機関へ患者さんを紹介することを原則とする
- ・ やむを得ない理由（病状が不安定な入院患者で転院に耐えられない場合、特定の医師以外に施術できる人がいない場合、当院でしか治療を行えない場合など）で、外部の医療従事者を招聘して入院加療や手術を行う場合には、以下の申請書を記載し感染対策室を通じて院長に許可を得ること。
- ・ 患者に接する可能性のある見学者の受け入れについては、流行が繰り返さなくなるまでの当面の間は、引き続き原則として許可しない。
- ・ 患者に接する可能性のある実習者の受け入れの可否については病院幹部と部署責任者の個別案件として検討することとし、受入れが決まった場合には、本基本方針に従うこと
- ・ 患者に接しない場合に限り（医局への立ち入りやカンファレンスなどへの参加など）診療科長の判断で受け入れを許可する。ただし以下の申請書を記載し管理課に提出のこと。

1. ワクチン未接種の招聘医療従事者もしくは見学者の場合（従来通り）

附録の「新型コロナウイルス感染症防止のための申告書（A）」を記載し、感染対策室を通じて院長へ提出すること。

- ・ 招聘あるいは見学可能な条件
 - ✓ 現在濃厚接触者として保健所の健康調査の対象となっていないこと
 - ~~✓ 14 日以内に、COVID-19 の確定患者（あるいは疑似症の患者）と接触していません~~（削除）
 - ✓ 訪問する時点で COVID-19 を疑わせる症状（発熱、咳、呼吸困難、味覚・嗅覚の異常など）がないこと
- ・ 招聘/見学する医療従事者への注意点

- ✓ 当院へ訪問する 2 週間以上前から、厚労省接触確認アプリ COCOA のインストールを義務付けること
- ✓ 訪問以前の 14 日間、および当院での診療終了後から 48 時間までは、1 日 2 回の体温測定を義務付けること
- ✓ 訪問中に院内で体調不良となった場合には、直ちに診療を中止し院外へ出ること

2. ワクチン接種済みの招聘医療従事者もしくは見学者の場合

附録の「新型コロナウイルス感染症防止のための申告書 (B)」を記載し、感染対策室を通じて院長へ提出すること。

- 招聘/見学 および実習可能な条件
 - ✓ 現在濃厚接触者として保健所の健康調査の対象となっていないこと
 - ✓ 訪問する時点で COVID-19 を疑わせる症状（発熱、咳、呼吸困難、味覚・嗅覚の異常など）がないこと
 - ✓ ワクチンの接種歴について、3 回分のワクチン接種を証明できる書類（接種証明書、問診票の写しなど）の提出ができること
- 招聘/見学する医療従事者 および実習生への注意点
 - ✓ 当院へ訪問する 2 週間以上前から、厚労省接触確認アプリ COCOA のインストールを義務付けること
 - ✓ 訪問以前の 3 日間、および当院での診療終了後から 48 時間までは、1 日 2 回の体温測定を義務付けること
 - ✓ 訪問中に院内で体調不良となった場合には、直ちに診療を中止し院外へ出ること

3. 招聘/見学実習の最中・直後に COVID-19 を発生したときの対応

当院での診療/見学/実習中、あるいは終了後 48 時間以内に、招聘/見学/実習した医療従事者から、体調不良あるいは、COVID-19 の診断（疑いも含む）の連絡を受けた場合には、直ちに感染対策室へ報告し情報共有をすること。

- ✓ 訪問・実習期間中に院外で体調不良となった場合には、当院への出勤・実習参加は不可であり、直近の診療日に診療科の当直、あるいは実習受け入れ部署の担当者に報告・相談すること
- ✓ 当院での診療/見学/実習終了後 48 時間以内に体調不良となった場合、あるいは COVID-19 と診断された（疑いも含む）場合には、直ちに受け入れ元の責任者へ連絡すること。
- ✓ 連絡先は以下の通り
 - ① 平日日勤帯は、感染対策室（内線 5038-9）
 - ② 時間外は、堀 感染対策室長（mobile: 090-4706-8299）、小児の場合には、久田 感染対策副室長（mobile: 080-8156-7770）

附録

新型コロナウイルス感染症防止のための申告書(B)

- 私は、現在以下のすべての条件を満たしており、新型コロナウイルス感染症のローリスク者であることを申告いたします。
 - ☐ 現在、濃厚接触者として保健所の健康調査の対象ではありません
 - ☐ 訪問する時点で COVID-19 を疑わせる症状（発熱、咳、呼吸困難、味覚・嗅覚の異常など）がありません
 - ☐ ワクチンの接種歴について、3 回分のワクチン接種を証明できる書類を提出します。

- 順天堂医院への新型コロナウイルス感染症の持ち込みを防止するため、私は以下のことを遵守することを誓約いたします。
 - ☐ 当院へ訪問する 2 週間以上前から、自分の携帯電話に厚労省接触確認アプリ COCOA のインストールを完了しています。
 - ☐ 訪問以前の 3 日間、および当院での診療終了後から 48 時間までは、1 日 2 回の体温測定を行います。
 - ☐ 訪問中に院内で体調不良となった場合には、直ちに診療を中止し院外へ退去します。
 - ☐ 訪問期間中に院外で体調不良となった場合には、当院への出勤はせず、直近の診療日に診療科の当直、あるいは受け入れ部署の実習担当者に報告・相談いたします。
 - ☐ 当院での診療/見学/実習終了後 48 時間以内に体調不良となった場合、あるいは COVID-19 と診断された（疑いも含む）場合には、直ちに受け入れ元の責任者へ連絡いたします。

当院での勤務予定日時： 始 202 年 月 日 時 分
 至 202 年 月 日 時 分

受入診療科： 科

以上につき、相違ございません。

署名： _____

連絡先（携帯）： _____

記載日： 202 年 月 日

施設名 昭和大学病院

所在地 東京都 #33

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

個人情報機密保持誓約書（当院指定の書式）

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

42. 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
依頼状、実習要綱、実習委託契約書（実習謝礼金額明記、必要の場合は当院書式あり）
振込通知書（実習終了後）（内容：施設名、振込金額、振込予定日、振込名義、実習期間、人数）PCR検査結果
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。

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
・ 不要
- 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
・
- 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
・ 不要
- 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
・ 不要

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

・

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 東京医科歯科大学病院

所在地 東京都 井35

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

別途メールにてご案内をさせていただきます。

44. 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。

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
・ 不要
- 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
・
- 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 東京医科大学病院

所在地 東京都 ㊦37

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

46. 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。

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
 - ・ 不要
- 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
 - ・
- 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
 - ・
- 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
 - ・ 不要

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

- ・ 実習当日に当院書式の健康確認シート、誓約書を記入して提出

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 東京大学医学部附属病院

所在地 東京都 #41

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 []

※ 3, 4, 5, 6 につきましては、別添をご確認ください。

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

50. 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

<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/soken/practice/training/>

※ 東大病院総合研修センターのHPをご参照ください。《病院研修生の申請》

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。

ワクチン接種等の書類について

東大病院では感染対策のため、実習生・研修生に対し、以下の2種類（12～3月は3種類）の書類の提出を要求しています。

①4種のウイルス（麻疹、風疹、水痘、ムンプス）

実習生・研修生に対して、2回のワクチン接種歴の証明あるいは基準値以上の抗体保有の証明を求めています。抗体価の詳細な基準に関しては下記の表をご確認ください。実習・研修に際しては、下記の書類の提出をお願い申し上げます。

【提出書類】

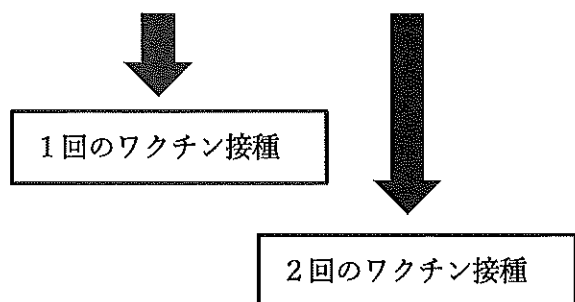
- ・ワクチン接種・抗体検査届出書
- ・上記結果の証明となる医療機関の発行した検査結果・ワクチン接種の記録(接種証明証、母子手帳、問診票、領収書 等のコピー)

【抗体検査基準】

2回のワクチン接種記録がない場合は、基準値以上の抗体価を保有していることを証明する必要があります。基準を満たさない場合の対応は、下記の表に従ってください。

※下記検査方法以外の検査は認められません。

項目	検査方法	基準を満たしている	陰性ではないが、 基準を満たしていない	陰性
麻疹	EIA (IgG)	16 以上	2 以上 16 未満	2 未満
	NT (中和法)	8 倍以上	4 倍以上 8 倍未満	4 倍未満
	PA	256 倍以上	16 倍以上 256 倍未満	16 倍未満
風疹	EIA (IgG)	8 以上	2 以上 8 未満	2 未満
	HI	32 倍以上	8 倍以上 32 倍未満	8 倍未満
水痘	EIA (IgG)	4 以上	2 以上 4 未満	2 未満
流行性耳下腺炎	EIA (IgG)	4 以上	2 以上 4 未満	2 未満



②胸部エックス線写真

下記の条件を満たす胸部レントゲン結果証明書をご提出ください。

【胸部エックス線写真の結果証明書】

- ・医療機関で発行された証明書（健診結果等でも可。エックス線写真そのものは不可）
- ・「異常なし」の旨が記載されていること
- ・実習期間より1年以内に撮影されていること

※実習期間中に撮影より1年を超えてしまう場合には、1年を超える前に新たに撮影した結果の証明書が必要になります。

③インフルエンザワクチン

12月～3月の間の実習はインフルエンザワクチンの接種証明書をご提出ください。（問診票でも可）
なお、12月開始の実習の場合には11月中にご提出をお願いいたします。

実習開始前までにワクチン接種・胸部レントゲン等の書類提出について不備がある方については、実習のお断り（または、特段の理由がある場合であれば実習内容の制限）をいたします。
実習までの期間に余裕をもって検査等を行うようご注意ください。

施設名 東邦大学医療センター大森病院

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
- 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 [インフルエンザ]
* 検査結果の提出は不要

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

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
研修依頼書

ご協力ありがとうございました。質問 9. ～ 10. の本回答書を「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。

新型コロナウイルス感染対策に関するお願い（学外の方へ）

2022年7月21日

各位

東邦大学医療センター大森病院
病院長

当院では、新型コロナウイルス感染拡大防止を目的に下記の感染対策を実施しております。
見学・実習・研修等で当院にお越しの皆さまには、ご理解・ご協力の程よろしくお願いいたします。
昨今のコロナ感染拡大傾向を受け、見学に関しての規制を一時的に強化しております。

【対象】

見学者

オンラインでの面談（説明）を基本といたしますが、強く見学を希望する場合は、以下の点を厳守の上、各所属の指示に従ってください。

実習生・研修生等

以下の点を厳守の上、感染拡大防止にご協力ください。

1) 院内活動時の注意点

1. 当日の体温と体調の確認（必ず自宅でも体温を測定）
2. ワクチン接種の有無について確認（接種していなくても見学・実習・研修は可）
3. 1診療科および1所属あたりの受け入れは原則1日2名まで1名まで
4. 見学については9時から17時まで半日のみとする
実習・研修については必要に応じた最低限の時間とする
5. 会食全面禁止（昼は感染対策をした上で、少人数での飲食は可）
6. 受入側の対応者は原則ワクチン接種済みの職員が行う
7. 常時マスク着用。休憩などでやむを得ずマスクを外すときは他者と1メートル以上あける
8. 3密を避ける

2) 体調不良時

項目	院内活動の可否
①37.5℃以上の発熱	不可：解熱後3日を経過するまで
②強い倦怠感や呼吸苦	不可：症状消失するまで
③嘔吐・下痢	不可：症状消失するまで
④発熱以外の呼吸器症状（咳嗽、鼻汁、咽頭痛）	要相談：責任者に申告し院内活動の可否について相談
⑤味覚障害・嗅覚異常	要相談：責任者に申告し院内活動の可否について相談
⑥ ①～⑤の症状があり、周囲に同症状者がいる場合	要相談：責任者に相談

3) 本人もしくは同居者がPCR検査対象となった場合

院内活動は停止し、責任者に報告

4) 陽性者と濃厚接触した場合

院内活動を停止、7日間の健康観察をおこない症状が出たら責任者に報告

5) 海外からの帰国者・入国者

責任者に報告

【問い合わせ】

TEL：03-3762-4151（代）

受入れについて： 事務部 総務課

内容について： 感染管理部

ウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願い

平成26年9月1日

各位

東邦大学医療センター大森病院
病院長

ーウイルス抗体検査及びワクチン接種に関するお願いー

当院で見学・実習・研修・指導等する皆様の健康と、皆様を発端とした感染の拡大を予防することを目的に、下記の基準を定めております。基準を満たさない対象者は院内活動はできません。
ご理解・ご協力の程よろしくお願い致します。

対象者

院内で見学・実習・研修・指導等を実施する予定があり、その期間中に患者と直接接する研修生並びに関係者

対象疾患と基準

見学・実習・研修・指導等開始までに下記の疾患について予防可能な状態（予防接種の実施または抗体価検査測定）にさせていただきますようお願い申し上げます。

※ワクチン歴・罹患歴・抗体価のいずれかの基準値を満たすこと
ワクチン接種する場合、研修開始2週間前までに接種することが望ましい

	麻疹(はしか)	風疹(3日 はしか)	ムンプス (おたふく かぜ)	水痘(水ほ うそう)	インフルエ ンザ
ワクチン歴	2回	2回	2回	2回	最新流行期 1回以上
	参考：MRワクチン（麻疹・風疹混合）、M MRワクチン（麻疹・風疹・おたふく混合）				
罹患歴	—	—	あり	あり	—

抗体価（い ずれかの検 査法で基準 値以上）	EIA法のIg G抗体 1 6. 0 以上	EIA法のIg G抗体 8. 0 以上	EIA法のIg G抗体陽性	EIA法のIg G抗体陽性	
	PA法 256 以上	HI法 32 以上	—	IAHA法 8 以上	—
	中和（NT） 法 8以上	—	—	—	—

検査結果は、当院へ提出していただく必要はありません（皆様の施設で管理を行って下さい）

問い合わせ

TEL 03-3762-4151（代）

受入れについて：事務部 総務課 内容について：感染管理部

病院実習に関する契約書

東邦大学医療センター大森病院(以下「甲」という)と_____ (以下「乙」という)は、甲の施設において、乙の実習生の病院実習を実施するにあたり、次のとおり契約を締結する。

第1条 (実習生および実習期間)

実習生および実習期間は次のとおりとする。

実習生氏名 _____

実 習 期 間 _____年____月____日から_____年____月____日までの期間

第2条 (実習内容)

甲は、乙のカリキュラムに基づいて実習内容を策定し、実習を実施する。

第3条 (実習教育費)

乙は甲に対し、甲乙協議して定めた実習費を支払う。

第4条 (実習生の健康状態)

乙は甲に対し、実習開始前に実習生の健康状態を記載した書類を提出する。

- 2 実習生の健康状態に問題が生じた場合は、甲乙協議の上、実習を延期、中断又は中止することができる。

第5条 (諸規則等の遵守)

実習生は、甲が定めた諸規則等を遵守し、実習指導者の指示に従う。

第6条 (個人情報等の保護)

甲乙双方は、この契約の履行に当たって、甲の保有する個人情報等、ならびに実習生の個人情報等の漏えいなどが生じないように、個人情報等を適正に管理する。

- 2 乙は実習生に対し、実習終了後も甲の保有する個人情報等の保護を徹底するよう指導監督する。
- 3 甲は、実習終了後も実習生の個人情報等を適正に管理する。

第7条 (個人情報等の保護状況の報告および調査)

甲は乙に対し、実習中および実習終了後の個人情報等の保護状況について、書面による報告を求めることができるものとし、乙は遅滞なくこれに応じるものとする。

- 2 甲は乙に対し、実習中および実習終了後の個人情報等の保護状況について、調査することができるものとし、乙は、正当な理由がある場合を除き、これに協力するものとする。

第8条 (法人機密情報の保護)

本契約における甲の法人機密情報とは、以下の情報をいう。

- (1) 甲の経営および事業運営に関する情報で公知でないもの
- (2) 公知であっても、第三者に提供されることで甲の権利利益が損なわれるおそれのある情報
- 2 乙は、甲の法人機密情報の漏えいなどが生じないように、実習終了後も実習生に対し、法人機密情報の保護を徹底するよう指導監督する。

第9条（実習の中止）

実習生が以下に示す事項に該当すると判断したときは、甲乙協議の上、実習を中止させることができる。

- (1) 本契約に定める事項に違反した場合
- (2) 甲の施設内の秩序あるいは規律を乱した場合
- (3) 実習態度の不良などにより実習の目的を果たし得ない場合
- (4) 実習期間中に生じた疾病・傷害等により長期欠席した場合
- (5) 甲による実習指導の継続が不可能となった場合
- (6) 甲と実習生との間に解決しがたい問題が発生した場合

2 実習を中止した場合、甲は、乙が既に支払った実習費は返還しない。ただし前項(4)(5)(6)の理由による場合は、実習費について甲乙協議の上、解決するものとする。

第10条（実習生の疾病および傷害）

実習生の実習期間中における疾病および傷害、又は実習を原因として実習後に生じた疾病および傷害については、甲の故意又は重大な過失により発生した場合を除き、乙の責任において対処するものとする。

第11条（損害賠償）

実習生の故意又は過失により、甲に損害を与えた場合、乙はその損害を賠償する責任を負う。

第12条（第三者損害賠償）

実習生の故意又は過失により、第三者に損害を与え、当該第三者と甲との間で損害賠償責任を問われる紛争又は訴訟が発生した場合、乙は、その当事者として誠意をもって対応にあたるとともに、実習生と連帯して当該第三者に対する賠償責任を負うものとする。

2 前項の賠償負担の割合および求償については、甲乙協議の上決定するものとする。

第13条（その他の事項）

本契約に定めない事項および契約条項に疑義が生じた場合又は変更については、甲乙協議の上解決する。

本契約の締結を証すために、本契約書を2通作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を保有するものとする。

年 月 日

甲 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医療センター大森病院
病院長 瓜田 純久

乙

施設名 日本大学医学部附属 板橋病院

所在地 東京都 ㊦43

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

52. 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。

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
 - ・ 要確認
- 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型肝炎とツベルクリン反応は有れば添付をお願いします。
- 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
 - ・ 不要

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

- ・ 誓約書は当院規定の様式があり、来院時に説明し記載をしていただきます。

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

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。

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。



抗体価検査・ワクチン接種歴報告書

提出日 年 月 日

学校名: _____

実習先（実習部署）: _____

抗体価検査	基準値	検査方法	予防接種実施日 複数回あればそれぞれの 日時を記載	抗体価検査の結果 複数回あればそれぞれの 日時を記載
麻疹	16	EIA 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
風疹	8 32 倍	EIA 法 HI 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 抗体価 _____ IU/mL / 倍
			2 回目 年 月 日	年 月 日 抗体価 _____ IU/mL / 倍
水痘	4	EIA 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	4	EIA 法	1 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2 回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL

所属・学年: _____

氏名: _____

※上記にある「当院の基準値」の各数値以上の抗体価が必要です。

※表中に指定された以外の検査法は無効とします

【問合せ先】

総務課庶務担当 (代) 045-787-2800 (内線 2920)

感染制御部 (代) 045-787-2800 (内線 6031)

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3版.

個人情報保護に関する誓約書

公立大学法人 横浜市立大学
附属病院長

私は、横浜市立大学附属病院で行う医療の提供、研究、実習、見学等にあたり、「個人情報の保護に関する法律」及び「横浜市個人情報の保護に関する条例」の趣旨を理解のうえ、個人情報の保護に関する附属病院の諸規定を遵守いたします。

私は、横浜市立大学附属病院で行う医療の提供、研究、実習、見学等を通じて知り得た個人情報を、外部に漏らさないことを誓約します。

年 月 日

所属名	_____
所在地（住所）	_____
電話番号	_____
氏名	_____

※この誓約書は、附属病院で医療の提供、研究、実習、見学（施設見学を除く）等を行う際に、事前に実習受入担当部署まで提出して下さい。

※ご記入いただいた個人情報は、ご本人の許可なく、実習で必要とされる業務以外の目的には使用いたしません。

横浜市立大学附属病院 病院実習・見学者 健康状態等申告書

A 過去 2 週間以内に、以下の症状がないこと

1. 37.5℃以上の発熱
2. 咳や咽頭痛などの上気道症状
3. 呼吸困難感
4. 強い倦怠感
5. 味覚の低下

B 過去 2 週間以内に、以下がないこと

1. 大人数（5 人以上）での家庭外での会食
2. 飲み会・カラオケへの参加
3. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触（保健所から連絡があります）

以上 A、B のいずれの項目にも該当しないことをここに申告します。

また実習・見学中は病院のルール、指示に従い、手指衛生の実施、マスクの着用を適切に行います。

日付 年 月 日

所属組織（病院、大学、学校）名

申告者署名

※ご記入いただいた個人情報は、ご本人の許可なく、実習で必要とされる業務以外の目的には使用いたしません。

（令和 4 年 8 月 22 日 医学・病院統括部 総務課 改定）

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
・ 不要
- 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
・
- 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
- 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
・ 不要

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

・

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。

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
 - ・ 不要
- 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
 - ・
- 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
 - ・ 風疹、水痘、ムンプス、B型肝炎、ツベルクリン反応
- 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
 - ・ 不要

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

・

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。

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
 - ・ 不要
- 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
 - ・
- 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
- 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
 - ・ 不要

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

- ・ コロナワクチンの3回接種証明書又は、72時間以内のPCR陰性証明書

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

- ・ 病院長宛ての依頼文書

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あります、予めご了承ください。

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
 - ・ 麻疹、風疹、水痘、ムンプス、B 型肝炎、病院内の感染対策として上記の数値を把握して研修に臨む（証明書は必須ではない）
- 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

- ・ 勤務先所属長の承諾書（当院の研修生受入規定に則って受け入れます）

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
・

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。

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
 - ・ 不可
- 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
 - ・ 3ヶ月
- 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、

※抗体検査の結果、抗体が未獲得、または2回のワクチン接種歴が証明されない場合は、原則として許可できません。
- 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

- ・ 現に職についている者は、勤務先の所属長の承諾書
- ・ 抗体検査結果報告書
- ・ ワクチン未接種申告書

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。

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
 - ・ 不要
- 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
 - ・
- 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，結核関連検査：胸部 X 線（必須）、IGRA（任意）
- 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
 - ・ 不要

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

- ・ 抗体検査に関して、本院指定の様式あり（様式改訂の可能性あり）

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。