

施設名 富山大学附属病院

所在地 富山県 #52

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

現在は、コロナワクチンの接種回数を確認しております。
(7月15日が決定し、書類を提出する時点の回数です。)

61. 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

特になし

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おります、予めご了承ください。

施設名 金沢大学附属病院

所在地 石川県 #53

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〔研修の開始前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〔インフルエンザ（研修等の開始が11月から3月の場合のみ）〕

- 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

本院が指定する研修申請書、研修計画書等

別添「金沢大学附属病院における病院研修生の申請手続きについて」に記載のとおり

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あります、予めご了承ください。

金沢大学附属病院における病院研修生の申請手続きについて

当院で研修を希望される場合は、各職種の受入診療科等の内諾を得た上で、必要書類を揃え研修開始日の1月前までに申請してください。

※当院では院内感染防止のため、患者と接触する可能性のある職員（研修生・実習生等も含む）を対象に抗体検査及びワクチン接種の徹底を行っています。「研修生等の受入に係る健康診断（胸部エックス線検査）の受診及びワクチン接種等の運用について」をご覧ください、必ず抗体価検査及びワクチン接種をお願いします。

【必要書類】

※様式は 金沢大学附属病院 Web サイト>教育・研究>病院研修生・受託実習生の受入れについて>からもダウンロード可能です。

必要書類	医療機関にお勤めの方	医療機関にお勤めでない方
研修申請書	○	○
研修計画書	○	○
履歴書（様式任意）	○	○
該当する職種の免許状の写し（A4 サイズ）	○	○
誓約書	○	○
個人情報保護に関する誓約書	○	○
院内感染予防対策に係る申出書	○	-
健康調査票（両面印刷）及び検査結果等の証明書類	-	○
※ワクチン接種禁忌の方のみ ワクチン未接種理由書	○	○

申請手続きにより取得した個人情報は、研修に関わる業務にのみ利用し、それ以外に利用することはありません。

【提出期限】

研修開始日の1月前まで

【研修料】

1人につき日額 1,500 円（税抜）

ただし、薬剤師の研修を目的とする場合は、1人につき次のとおりとする。

- ・一般社団法人日本医療薬学会地域薬学ケア専門薬剤師認定制度における
連携研修の場合 年額 60,000 円に消費税相当額を加算した額
- ・上記以外の場合 月額 4,000 円に消費税相当額を加算した額

事務手続き終了後、研修許可書と振込依頼書を送付します。振込依頼書に記載の期日までに振込みをお願いします。

※原則、申請書に記載の申請機関代表者あてに請求いたします。支払者が異なる場合は、詳細を別紙（任意様式）にてお知らせください。

【その他】

- ・金沢大学附属病院研修生受入規程
- ・「研修生等の受入に係る健康診断（胸部エックス線検査）の受診及びワクチン接種等の運用について」

【書類提出先・問合せ先】

金沢大学病院部総務課総務係

〒920-8641

石川県金沢市宝町 13-1

TEL：076-265-2000（代表） FAX：076-234-4320

E-mail：hpsomu@adm.kanazawa-u.ac.jp

月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 ※休診日は除く

年 月 日

金沢大学附属病院長 殿

機関等の名称
代表者名
研修生職名
研修生氏名

研修申請書

貴病院において下記のとおり研修を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 研修職種
- 2 研修内容
- 3 研修期間
年 月 日から
年 月 日まで（計 日）

研 修 計 画 書

- 1 機関等の名称
- 2 研修生氏名
- 3 研 修 目 的
- 4 研 修 期 間 下記のとおり

記

研修期間	研修の実日数※	備 考
例 2・4・1 ～ 2・7・31	6	4/15、5/13、6/10・24、7/8・22 のみ研修
2・4・13 ～ 2・4・17	4	4/15 は除く
薬剤師研修の記入例 2・4・1 ～ 3・3・31	12	毎月第 2・4 木曜日
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		
・ ・ ～ ・ ・		

※実日数に基づき研修料を算定します。研修期間から除く日（土日祝日以外）等がある場合は、備考欄に詳細を記入してください。

薬剤師の研修を目的とする場合は、実日数欄に月数、備考欄に具体の研修日を記入してください。

誓 約 書

金沢大学附属病院長 殿

貴病院において 外 名が病院研修生として受入れを許可された
上は、その研修期間中、職員に対し貴病院の諸規則を遵守させ、規律ある行動をとら
せます。

また、研修期間中に生じた事故や不祥事件については、当機関が全責任を負い貴病
院には一切迷惑をかけません。

上記のとおり誓約します。

年 月 日

機関等の名称

代表者名（自署）

誓 約 書

金沢大学附属病院長 殿

私が貴病院において病院研修生として受入れを許可された上は、その研修期間中貴病院の諸規則を遵守し、規律ある行動をとります。

また、研修期間中に生じた事故や不祥事件については、私が全責任を負い貴病院には一切迷惑をかけません。

上記のとおり誓約します。

年 月 日

住所

氏名（自署）

個人情報保護に関する誓約書

金沢大学附属病院長 殿

年 月 日

所属機関等の名称

研修生氏名(自署)

このたび、貴病院において研修するにあたり貴病院の個人情報保護に関する諸規程を遵守するとともに、下記事項を誓約し遵守することを誓います。

記

1. 個人情報保護に関する法令、及び貴病院の規程・ルール等を守り個人情報の保護を行います。
2. 研修中に知り得た貴病院で管理してる個人情報について、現在はもとより将来にわたって、研修に限っての利用に限定し、不正に使用または、第三者に漏洩することはいたしません。
3. 個人情報及び個人情報が記載された資料・記憶媒体を目的外のために使用・複製しません。資料・記憶媒体の取扱いにあたっては、厳重に保管・管理し、無断で持ち出しません。
4. 資料・記憶媒体を使用する必要がなくなった場合及び研修修了後には、情報を復元できないよう適切に廃棄または貴病院に返却します。
5. 上記各項の誓約に違反して、貴病院で管理している個人情報を不正に使用し、また第三者に漏洩した結果、貴病院が被った損害について賠償責任を負います。
6. 情報セキュリティ漏洩事故を発見した際には速やかに報告します。

院内感染予防対策に係る申出書

年 月 日

医療機関名

代表者名

下記職員については、本院において適切な院内感染予防対策を講じていることを申し出ます。

記

[illegible]

別紙様式 1

健康調査票

【表面】

氏 名	(男・女)	生年月日	・	・
研修等期間	・	・	～	・

	検査日 (西暦)	所見等 (該当するものに☑)
胸部エックス線	・ (研修等の開始前1年以内)	☐ 所見なし (健康診断結果等 (写) を添付)
		☐ 所見あり (健康診断結果等 (写) 及び研修等の参加について医師の意見を付した診断書を添付)

疾 患	A 該当する項目すべてに ☑ を入れ、母子手帳 (写) や検査結果等の根拠資料を添付すること。						B Aに該当しない 検査方法を明記した結果のコピーを添付)	
麻 疹	☐ ワクチン2回接種済	接種日	西暦	・	・	西暦	・	☐ 抗体価検査結果
	☐ 抗体陽性 (基準を満たす)			検査日	西暦	・	・	
	☐ 抗体陽性 (基準を満たさない) と判定後、 ワクチン1回接種済			検査日	西暦	・	・	
	☐ ウイルス学的な罹患証明							
風 疹	☐ ワクチン2回接種済	接種日	西暦	・	・	西暦	・	☐ 抗体価検査結果
	☐ 抗体陽性 (基準を満たす)			検査日	西暦	・	・	
	☐ 抗体陽性 (基準を満たさない) と判定後、 ワクチン1回接種済			検査日	西暦	・	・	
	☐ ウイルス学的な罹患証明							
水 痘	☐ ワクチン2回接種済	接種日	西暦	・	・	西暦	・	☐ 抗体価検査結果
	☐ 抗体陽性 (基準を満たす)			検査日	西暦	・	・	
	☐ 抗体陽性 (基準を満たさない) と判定後、 ワクチン1回接種済			検査日	西暦	・	・	
	☐ ウイルス学的な罹患証明							
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	☐ ワクチン2回接種済	接種日	西暦	・	・	西暦	・	☐ 抗体価検査結果
	☐ 抗体陽性 (基準を満たす)			検査日	西暦	・	・	
	☐ 抗体陽性 (基準を満たさない) と判定後、 ワクチン1回接種済			検査日	西暦	・	・	
	☐ ウイルス学的な罹患証明							
B型肝炎	☐ 抗HBs抗体価 $\geq 10\text{mIU/ml}$				検査日	西暦	・	☐ 抗体価検査結果
	☐ ワクチン3回接種済	接種日	西暦	・	西暦	・	西暦	
インフルエンザ	☐ ワクチン接種済 (接種したことを証明する書類を添付) ※研修等の開始が11月から3月の場合のみ				接種日	西暦	・	↓ ワクチン未接種理由書 (別紙様式3) を提出

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

所属機関等の名称

代表者名

個人での申請の場合

氏 名

参考：4種ウイルス感染症（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）・B型肝炎陽性基準

疾患	検査方法	基準	
		陽性（基準を満たす）	陽性（基準を満たさない）
麻疹	EIA法（IgG）〔推奨〕	16.0以上	2.0～15.9
	PA法	256倍以上	16倍、32倍、 64倍、128倍
	中和法	8倍以上	4倍
風疹	EIA法（IgG）〔推奨〕	8.0以上	2.0～7.9
	HI法	32倍以上	8倍、16倍
水痘	EIA法（IgG）〔推奨〕	4.0以上	2.0～3.9
	IAHA法	4倍以上	2倍
	中和法	4倍以上	2倍
	抗原皮内試験	陽性（5mm以上）	
流行性耳下腺炎（ムンプス）	EIA法（IgG）〔推奨〕	4.0以上	2.0～3.9
B型肝炎	抗HBs抗体	10mIU/ml以上	
備考 参考：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			

※以下は金沢大学附属病院記入欄（総務課→受入診療科等→総務課）

受入期間	受入診療科等確認欄	診療科(部)長 確認日	
・ ・ ・ ・ ・	☐受入可 ☐条件付き受入可※詳細を記入		

ワクチン未接種理由書

氏 名 :

接種項目 : _____

.....

.....

.....

.....

上記の理由により、ワクチン未接種です。

年 月 日

所属機関等の名称
代 表 者 名
個人での申請の場合
氏 名

上記理由について、受入れ診療科等へ個別に確認の上、判断します。

.....

※以下は金沢大学附属病院記入欄（総務課→受入診療科等→総務課）

受入期間	受入診療科等確認欄	診療科(部)長 確認日	
・ ・ ・ ・ ・	□条件付き受入可※詳細を記入 []		

施設名 福井赤十字病院

所在地 福井県 井55

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
・
- 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
・

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

- ・ 念書、健康観察表

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。

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のための実習生及び見学者の受け入れ方針

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のため、実習生及び見学者（以下実習生等とする）に関する当院の受け入れ方針を定める。ただし、国内の感染状況によって変更になる可能性がある。

1. 実習生等が遵守する事項

【実習等開始日の2週間前から実習終了日まで】

- ① 福井県外に居住地があり、実習等のために福井県に来県する場合は、2週間前から福井県に継続して滞在すること
- ② 講義等、学校の都合により上記①が困難な場合は、事前に実習等担当教員等へ連絡し、指示を受けること。ただし、居住地以外の都道府県への不要不急の往来はしないこと。
- ③ 福井県内に居住地がある場合は、福井県以外への外出や不要不急の外出をしないこと。
- ④ 継続して毎日決めた時間に検温し、「健康観察票」に記録して健康観察を行うこと。
- ⑤ 飲食を伴う親睦会等に参加しないこと。
- ⑥ 接客を伴うアルバイトをしないこと。
- ⑦ 下記の症状がある場合は、すみやかに実習等担当教員等に連絡し、指示に従うこと。
ただし、実習等期間中で実習等担当教員等が不在の場合は、直接本人が当院の各実習指導者へ連絡すること。
 - (1) 感冒様症状や新型コロナウイルス感染が疑われる症状（37.5℃以上の発熱、倦怠感、咳、呼吸苦、味覚・嗅覚異常など）がある場合。
 - (2) 新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時点で感冒様症状（発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等）がある場合。

【実習等開始後から実習終了日まで】

- ① 実習等初日に、実習等担当教員に「院内感染防止対策のための誓約書」及び「健康観察票」を提出すること。
- ② 期間中は、必ずマスクを着用すること。患者に接触する場合はフェイスシールド等で目を覆う防護をすること。院内でマスクを外しての会話はしないこと。

2. 実習等担当教員等が遵守する事項

【実習等開始日の2週間前から実習終了日まで】

- ① 実習等担当教員等が来院する場合も『実習生等が遵守する事項』の項目を遵守すること。
- ② 実習生等に継続して「健康観察票」を作成させ、実習生等の体調を確認すること。

- ③ 実習等初日に、実習生等から提出された「院内感染防止対策のための誓約書」、「健康観察票」を必ず確認し、「実習等担当教員等確認」欄に署名後、当院の各実習指導者へ提出すること。
- ④ 実習生等から下記の症状について連絡があった場合は、当院の各実習指導者へ必ず事前に連絡すること。
 - (1) 感冒様症状や新型コロナウイルス感染が疑われる症状（37.5℃以上の発熱、倦怠感、咳、呼吸苦、味覚・嗅覚異常など）がある場合。
 - (2) 新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時点で感冒様症状（発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等）がある場合。

3. 当院が実習等を中止とする判断について

- ① 実習生等が新型コロナウイルス感染症の診断を受けたとき、または疑似症と診断されたとき。
- ② 実習生等が濃厚接触者になったとき、または濃厚接触者になる可能性があるとき。
- ③ 同居家族が濃厚接触者になったとき、または濃厚接触者になる可能性があるとき。
- ④ 新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時点で感冒様症状（発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等）があるとき。
- ⑤ 上記「1.実習生等が遵守する事項」が従えないとき。
- ⑥ その他、院内の状況をふまえ、実習等を中止することが適当と病院長が判断したとき。

福井赤十字病院
人事課教育研修係

令和3年 5月10日制定
令和4年 5月25日改正
令和4年10月18日改正

福井赤十字病院病院長 様

実習生・見学者名（自署）： _____

実習・見学開始日： _____

実習・見学名： _____

所 属： _____

実習等開始前住所： _____

院内感染防止対策のための誓約書

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のため以下の通り報告いたします。

*実習等開始前2週間の滞在地が福井県内の場合 1.3.4.5

*実習等開始前2週間の滞在地が福井県外の場合 2.3.4.5

1. 実習等開始日の2週間前から福井県に継続して滞在しており、他の都道府県への往来をしていない。

☐はい ☐いいえ

2. 実習等開始日から過去2週間以内に居住地以外の都道府県へ不要不急の往来をしていない。

（福井県は除く）

☐はい ☐いいえ

3. 毎日決めた時間に検温し、「健康観察票」で健康観察を実施している。

☐はい ☐いいえ

4. 実習等開始日から過去2週間以内に飲食を伴う親睦会等に参加していない。

☐はい ☐いいえ

5. 実習等開始日から過去2週間以内に接客を伴うアルバイトをしていない。

☐はい ☐いいえ

実習等担当教員（または当院の実習担当者）確認

上記の確認事項の、

1) 実習等開始前2週間の滞在地が福井県内の場合 1.3.4.5のうち一つでも「いいえ」がある場合。

2) 実習等開始前2週間の滞在地が福井県外の場合 2.3.4.5のうち一つでも「いいえ」がある場合。

1) または 2) に該当する方は原則、実習や見学を認めません。

実習等担当教員等は、「院内感染防止対策のための誓約書」の内容を確認し、「実習等担当教員等確認」の欄に署名後、当院の各実習指導者へ提出すること。

実習等担当教員等が不在の場合は、直接当院の各実習指導者へ提出すること。

令和 年 月 日

福井赤十字病院
院長 高木 治樹 様

念 書

この度、貴院において実習（研修）を行うにあたり念書を入れます。

記

1. 実習（研修）に際しては、貴院の諸規定を遵守いたします。
2. 貴院の責任者の指示に従います。
3. 故意又は過失により、貴院に損害を与えた場合は、当方が一切の責任を負います。
4. 実習（研修）中、事故により当方に障害が生じ、その原因が当方に帰するものであることが明らかな場合、当方の責任において処理します。
5. 実習（研修）を行なう際には、個人情報の保護に関する院内規則を遵守します。実習（研修）終了後も、期間中に知り得た個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
6. 貴院は感染症指定医療機関であることを十分理解した上で、標準予防策をとった上でも、万が一、感染による健康被害を被った場合、病院側の責任を一切問いません。
7. 上記6項目、いずれかに違反することがあれば、貴院において実習（研修）を中止しても異議ありません。

所属

住所

氏名

印

生年月日

年

月

日

福井赤十字病院 健康観察票

所属：_____

氏名：_____

[illegible]