9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> 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、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
 - 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・施設長(病院長)宛の依頼文書

施設名 九州大学病院

所在地 福岡県 井112

9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> 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(該当する項目を〇で囲んで下さい) (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

はり・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですかえ

(ttv) · 1111

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

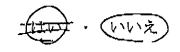
5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・1ヶ月以内・3ヶ月以内・その他[各施設の健康診断書

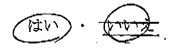
6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

・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



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 流院を行所を入申請書等 ※ 詳細ロ 下記 HPt 参照 にてくた"てい。

(九州大学病院既存教育研修七少→病院定督希望の方→受託定習)

以、要 考 芝魚

121. 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.の回答審面を「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4 9. ~ | 名 産業医科大学病院 所在地 福 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類</u> ご記入のうえ、 | | |
|-------------|--|------------|-----|
| 9. 有 | 所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 (その他に該当する場 | | |
| 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 |
| 8) え | 健康診断書は必要ですか | はい・ | VVV |
| 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 | (ItV) · | 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(石折修開始日 | 封侔以内 |) |
| 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 | <i>ስ</i> ን | |
| | ・麻疹 ・風疹 ・ 水痘 ・ ムンプン ・ B型肝炎 ・ ツベ ・ その他 [| |) |
| | 必"小小小小友心は胸部X線の模查結果7年代用证 | <i>t</i> | |
| 7) | 智約書は必要ですか | (はい)・ | いいえ |

当院指定の曹約書も适付致します。

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか

ひいき

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

| | 名 聖マリア病院 所在地 福岡県 - 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書数</u> ご記入のうえ、 | がある | 場合 | *************************************** |
|------|--|------|----|---|
| 9. 7 | 研修生の受入れにおける提出書類について(該当する項目を〇で (その他に該当する場 | | | |
| 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な |)7 | | |
| | ・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベル・その他 [証明書は 义害あ)ませんが 自身の抗体獲得 次沢は 把 | | | |
| 7) | 誓約書は必要ですか | (tv) | • | いいえ |
| 8) | 臨床検査技師免許の写しは必要ですか | はい | • | 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

| | 設名 ~ | 」 佐賀大学医学部附属病院 所任地 佐賀県 #118 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類がある場合のみ</u> ご記入のうえ、ご返信ください。 |
|-----|---------|---|
| 9. | 矽 | F修生の受入れにおける提出書類について(該当する項目を〇で囲んで下さい) (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 |
| え | | 健康診断書は必要ですか はい・ 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[特にないが直近のもの] |
| | 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〔 |
| | 7) | 誓約書は必要ですか はい・ 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 | 一の他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい |
| | | 所定の「病院研修生受入申請書」「勤務先所属長の承諾書」 |
| 12 | 27. į | 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 |
| بحر | ・ セー | 7ありがとうございました。質問9.~ 10.の回答書面を「日本輪血・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。

別紙様式

病院研修生受入申請書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

申請者

住 所 勤務先及び職名 ふりがな

氏 名

印

貴病院における病院研修生として下記のとおり研修したいので,必要書類を添 えて申請します。

記

研修職種

研修期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

研修目的

遵守事項

- ① 研修に際しては、貴学の諸規程を遵守するとともに、貴病院の責任者の指示に従います。
- ② 万一申請者の故意又は過失による事故等により、貴病院に損害を及ぼした場合又は申請者が被災した場合は、申請者が一切責任を負います。

備 考

研修 承諾書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

機関名

勤務先所属の長

印

このたび貴病院研修生として下記により研修を行うことを承諾いたします。

記

1 研修生 職

氏 名

- 2 研修部門
- 3 研修期間 令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

■ 佐賀大学 規程集

トップページに戻る

最上位 > 第18編 学部 > 第5章 医学部附属病院 > 第8款 受入関係

国立大学法人佐賀大学医学部附属病院研修生受入規程

平成16年4月1日制 定

(趣旨)

第1条 薬剤師,看護師,臨床検査技師,診療放射線技師等別表に掲げる医療に関する職種の免許を有する者を 佐賀大学医学部附属病院(以下「附属病院」という。)において研修させる場合の手続等は、この規程の定め るところによる。

(手続及び許可等)

- 第2条 研修を受けようとする者は、別紙様式による申請書に次に掲げる書類を添えて医学部附属病院長(以下 「病院長」という。) に申請するものとする。
 - ① 履歴書(写真添付)
 - ② 免許証の写
 - ③ 健康診断書(医師の作成したもの)
 - ④ 勤務先所属長の承諾書(申請時に就職していない者については不要。ただし、研修期間内に就職するにいたった場合は、当該承諾書を提出するものとする。)
- 2 病院長は、前項の規定により研修の申請があったときは、附属病院の業務に支障がない場合に限り、研修を許可することができる。
- 3 研修期間は、その職種に応じ、別表のとおりとし、研修を許可する日の属する年度を超えないものとする。 (研修料)
- 第3条 前条第2項により研修を許可された者(以下「病院研修生」という。)は、研修生研修料を納付しなければならない。
- 2 研修生研修料は国立大学法人佐賀大学料金規程(平成16年4月1日制定)第2条に規定する額とする。ただし、病院研修生等から、規定する研修生研修料より高額の申し出があるときは、当該申し出の金額をもって研修生研修料の額とすることができる。
- 3 前項の研修料は、研修の期間に応じ、その全額を研修の開始前に納付しなければならない。
- 4 研修料を研修の開始前までに納付しない者に対しては、病院長は、研修の許可を取消すものとする。
- 5 既納の研修料は、原則として返還しない。

(研修課程)

第4条 病院研修生の研修課程は、病院長が別に定める。

(研修)

第5条 病院研修生は、病院長の指示に基づき研修を行うものとする。

(諸規程の遵守)

第6条 病院研修生は、本学の諸規程を遵守しなければならない。

(研修証明書の交付)

第7条 病院長は、当該研修に係る証明の願い出があったときは、証明書を交付することができる。 (許可の取消し等)

第8条 病院研修生が第5条若しくは第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を行ったときは、病院長は、当該病院研修生の研修を停止させ、又は第2条第2項の許可を取消すことができる。 (雑則)

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

附則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則(平成20年1月17日改正)

この規程は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成28年7月20日改正)

この規程は、平成28年7月20日から施行する。

別表

病院研修生の受入職種及び研修期間

| 受入職種 | 研修期間 |
|----------------|----------|
| 救急救命士 | 1 2 月 以内 |
| 薬剤師 | 6月 " |
| 看護師 | 6月 " |
| 助産師 | 6月 " |
| 保健師 | 6月 " |
| 診療放射線(エックス線)技師 | 6月 " |
| 臨床(衛生)検査技師 | 6月 " |
| 理学療法士 | 6月 " |
| 作業療法士 | 6月 " |
| 視能訓練士 | 6月 " |
| 栄養士 | 6月 " |
| 歯科技工士 | 6月 // |
| 歯科衛生士 | 6月 # |
| 言語聴覚士 | 6月 // |
| 臨床工学技士 | 6月 # |
| 義肢装具士 | 6月 " |
| 上記以外の職種 | 6月 " |

別紙様式

別紙様式

病院研修生受入申請書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

申請者

住 所

勤務先及び職名

ふりがな

氏 名

即

貴病院における病院研修生として下記のとおり研修したいので、必要書類を添えて申請します。

記

研修職種

研修期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

研修目的

遵守事項

- ① 研修に際しては、貴学の諸規程を遵守するとともに、貴病院の責任者の指示に従います。
- ② 万一申請者の故意又は過失による事故等により、貴病院に損害を及ぼした場合又は申請者が被災した場合は、申請者が一切責任を負います。

備 考

研 修 承 諾 書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

機関名

勤務先所属の長

印

このたび貴病院研修生として下記により研修を行うことを承諾いたします。

記

1 研修生 職

氏 名

- 2 研修部門
- 3 研修期間 令和 年 月 目から

令和 年 月 日まで

■ 佐賀大学 規程集

トップページに戻る

最上位 > 第15編 財務

国立大学法人佐賀大学料金規程

(平成16年4月1日制定)

(目的)

第1条 国立大学法人佐賀大学(以下「本学」という。)における授業料その他の料金に関しては、この規程の定めるところによる。

(料金)

- 第2条 本学の授業料(附属幼稚園にあっては、保育料), 入学料(附属幼稚園にあっては、入園料), 検定料及びその他の料金の額は、別表のとおりとする。
 - 別表 1 授業料及び入学料(佐賀大学学則第46条)
 - 別表2 検定料(佐賀大学学則第46条及び第57条)
 - 別表3 楠葉寮寄宿料等(佐賀大学寄宿舎規程第9条及び第10条)
 - 別表 4 国際交流会館使用料等(佐賀大学国際交流会館規程第13条)
 - 別表 5 合宿研修所使用料(佐賀大学合宿研修所規程第9条)
 - 別表 6 公開講座講習料(国立大学法人佐賀大学公開講座規程第4条)
 - 別表7 学位論文審査手数料(佐賀大学学位規則第7条)
 - 別表8 文献複写料(佐賀大学附属図書館文献複写規程第6条)
 - 別表 9 受託研究員等の研究料(国立大学法人佐賀大学受託研究員規程第6条)
 - 別表 1 0 受託試験料金(国立大学法人佐賀大学受託試験取扱規程第 4 条)
 - 別表 1 1 非常勤講師等宿泊施設使用料金(国立大学法人佐賀大学非常勤講師等宿泊施設管理要 領第 5 条)
 - 別表 12 役職員宿舎使用料(国立大学法人佐賀大学役職員宿舎規程第8条)
 - 別表13 施設使用料(国立大学法人佐賀大学不動産貸付取扱細則第12条)
 - 別表 1 4 医学部病理解剖料(佐賀大学医学部病理解剖受託規程第 4 条)
 - 別表 15 医学部病理組織検査料(佐賀大学医学部病理組織検査受託規程第4条)
 - 別表 16 医学部附属病院諸料金(国立大学法人佐賀大学医学部附属病院諸料金規程第2条)
 - 別表 1 7 医学部附属病院研修登録医研修料(佐賀大学医学部附属病院研修登録医受入規程第 8 条)
 - 別表18 医学部附属病院研修生研修料(佐賀大学医学部附属病院研修生受入規程第3条)
 - 別表 1 9 医学部附属病院エイズ診療従事者研修料(佐賀大学医学部附属病院エイズ診療従事者 研修受入規程第7条)
 - 別表 2 O 医学部附属病院薬剤師実務受託研修生受入研修料(佐賀大学医学部附属病院薬剤師実 務受託研修生受入規程第 5 条)
 - 別表21 医学部附属病院受託実習料(佐賀大学医学部附属病院受託実習生受入規程第3条)
 - 別表22 開示請求手数料等(国立大学法人佐賀大学情報公開規程第16条)
 - 別表23 個人情報の開示請求手数料(国立大学法人佐賀大学個人情報ファイル簿及び個人情報 の開示・訂正等に関する規程第4条第4項)
 - 別表 2 4 農学部附属アグリ創生教育研究センター宿泊施設使用料金(佐賀大学農学部附属アグリ創生教育研究センター宿泊施設管理要項第8条)

別表18

1 医学部附属病院研修生研修料

| 区 | 分 | 料 金 |
|-------|----------|--------|
| 救急救命士 | 日額(24時間) | 2,750円 |
| 上記以外 | 日額 | 1,100円 |

2 高額な申出があった場合の医学部附属病院研修生研修料

| 区 分 | 料 金 |
|--------------------------|---------|
| 薬剤師,看護師,臨床検査技師,診療放射線技師等 | |
| の医療に関する職種の免許を有する者又は日本薬剤師 | 当該申出の金額 |
| 会等の医療関係団体等から上記1に定める研修生研修 | 国該中国の金額 |
| 料より高額な申出があるとき。 | |

| 施設/ | 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類</u> | |
|---------|--|-------------------------|
| 9. 4 | 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 (その他に該当する場 | |
| 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) Ž | 健康診断書は必要ですか | はい・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 |
| б) | 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。 | • |
| | ○麻疹○風疹○水痘○水痘○ムンプス○B型肝炎・ツベ・その他〔 | ルクリン反応] |
| 7) | 智約書は必要ですか (1 <u>佐</u> | はり・ いいえ 以情報(注)(すなもの) |
| 8) | 臨床検査技師免許の写しは必要ですか | はい・いいえ |
| 6 | 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)の項目を含む「ワクチン接種・罹患歴及が胸部レントゲンイハンではをお人限いします。 | 突查結果幸民告書」 |
| 128. | 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 |

(裏面)

対象者:本院で実習を行う者で患者と接触する可能性のあるすべての者

1. 病院感染防止のため、以下の 1) ~4) 全てを満たした者に実習をさせること。

1) 4種類のウイルスワクチン接種

- ・2回のワクチン接種歴を受入れの原則とする。
- ・罹患歴について報告できる場合は、ワクチン接種歴の確認は不要である。
- ・ワクチン接種歴が1回もなく、やむを得ず2回のワクチン接種が間に合わない場合は、実習の前に少なくとも1回のワクチン接種を済ませること。

2) B型肝炎ワクチン接種

- EIA または CLIA、RIA 法で 10mIU/mL 以上を免疫獲得とする。必ず最終的な抗体価を記入すること。
- ・0、1、6 ヶ月の3回接種の1クールを受け、3回目接種終了から1ヶ月以上経過後、 HBs 抗体検査にて陽性を確認すること。
- ・免疫を獲得できない場合は 0、1、6 ヶ月の 3 回接種の 1 クールを再度受け、2 クール分を報告書に記載すること。
- ・やむを得ず1クールないし2クールのワクチン接種が間に合わない場合は、少なく とも実習の前に1回のワクチン接種を済ませること。

3) 胸部レントゲン撮影検査

年 1 回の胸部レントゲン検査を行っていること。異常が指摘された場合は、実習に関する医師の診断書を提出すること。

- 4) インフルエンザワクチン接種 毎年、流行期(11月~3月)前にワクチン接種を受けること。
- 2. 本院で実習を行う者は、上記 1) ~4) に関して医師名、病院名又は養成機関長名が記載されている記録の写し又は「ワクチン接種・罹患歴および胸部レントゲン検査結果報告書」を実習の前に速やかに本院教育研修センターに提出すること。
- 3. 患者に直接は接触しない又は病室には入らない(カンファランスのみ)などの場合は、1)~4)は不要とする。
- 4. ワクチン接種禁忌の対象者であればその旨連絡すること。

地方独立行政法人長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター 院長 門田 淳一 様

秘密情報の保持に関する誓約書(実習・見学等)

私は、長崎みなとメディカルセンター(以下「貴院という」)で実習・見学等をするにあたり、 以下の事項を遵守することを誓約いたします。

第 1 条 (秘密保持の誓約)

貴院で実習・見学等をすることに関し、次に掲げる情報(以下「秘密情報という」)について知り得た情報を貴院の諸規定に従い他に開示、複写、漏洩等いたしません。実習・見学等での出来事などや秘密情報を SNS やインターネット等を介して投稿するといった行為もいたしません。

- (1) 実習・見学等で知りえた患者及びその家族の情報や秘密事項
- (2) 実習・見学等に関する資料、記録等
- (3) 貴機構が秘密保持すべき対象と指定した情報
- (4) 貴機構の人事、経理、職員の情報等に関する情報

但し、裁判所の命令その他公的機関の求めに応じてやむを得ず開示する場合はこの限りではない。

第2条(情報システムの取り扱い)

貴院の実習・見学等において使用する電子カルテ等の医療情報システムの取り扱いについては、 貴院における医療情報システム運用管理要綱に従い実習いたします。

第 3 条 (実習・見学等終了後の秘密保持)

第1条から前条に掲げる事項について実習・見学等の終了後においても同様に秘密を保持いた します。

第 4 条 (実習・見学等の停止と損害賠償)

本誓約書の各条項について、故意又は過失により貴院に重大な損害を与えた場合、直ちに実習・ 見学等を停止するとともにその損害について賠償する義務があることを認めます。

令和 年 月 日

所属先期財日氏名

第3号様式(第11条関係)

ワクチン接種・罹患歴及び胸部レントゲン検査結果報告書

| 氏 | 名 | : | _ |
|----|-----|----|---|
| 生名 | EBF | ļ. | |

| 麻疹ワクチン接種日1回目 | 年 | 月 | В |
|-----------------------|-----|---|----|
| 麻疹ワクチン接種日2回目 | 年 | 月 | B |
| 麻疹罹患年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 風疹ワクチン接種日1回目 | 年 | 月 | Ħ |
| 風疹ワクチン接種日2回目 | 年 | 月 | B |
| 風疹罹患年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 水痘ワクチン接種日1回目 | 年 | 月 | |
| 水痘ワクチン接種日2回目 | 年 | 月 | B |
| 水痘罹患年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 流行性耳下腺炎ワクチン接種日1回目 | 年 | 月 | Д |
| 流行性耳下腺炎ワクチン接種日2回目 | · 年 | 月 | Ħ |
| 流行性耳下腺炎罹患年月日 | 年 | 月 | B |
| B型肝炎抗体価検査結果(最終的な数値) | (| |) |
| 測定日 | 年 | 月 | 日 |
| B型肝炎ワクチン接種日1回目(1クール目) | 年 | 月 | B |
| B型肝炎ワクチン接種日2回目(1クール目) | 年 | 月 | Ħ |
| B型肝炎ワクチン接種日3回目(1クール目) | 年 | 月 | Ħ |
| B型肝炎ワクチン接種日1回目(2クール目) | 年 | 月 | 目 |
| B型肝炎ワクチン接種日2回目(2クール目) | 年 | 月 | В |
| B型肝炎ワクチン接種日3回目(2クール目) | 年 | 月 | B |
| 胸部レントゲン検査日 | 年 | 月 | Ħ |
| 胸部レントゲン所見 | あり | • | なし |
| インフルエンザワクチン接種日 | | | |
| (実習等の期間が11月~3月の場合のみ) | 年 | 月 | 日 |
| | | | |

年 月 日

医療機関又は所属施設名

※さらに詳細な情報(抗体価など)が記載されている所属施設独自の書式がある場合は添付してください。 ※ご記入の際は、裏面をご参照願います。

| | | i 長崎医療センター 所在地 長崎 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類</u> ご記入のうえ、 | があるり | 易合 | |
|----|-----------|---|--------------|-----|-----|
| 9, | 矽 | ・ F修生の受入れにおける提出書類について(該当する項目を〇で囲 (その他に該当する場合) | | | |
| | 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 |
| え | 3) | 健康診断書は必要ですか | はい | | VVV |
| | 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 | 7 | | |
| ` | | ・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベル ・その他〔 | ッ クリン | '反応 | ; |
| | 7) · | 整約書は必要ですか | 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 |
| | <i>₹</i> | 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 | | | |
| | | | | | |
| 12 | 29. [| 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 | たら、こ | 記り | へよい |

| 施設名 | 長崎大学病 | 贮 |
|-----|-------------------|-----|
| | JAC 649 7 C 3 773 | 174 |

所在地 長崎県 井121

,000 010 1000

- 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> 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(該当する項目を〇で囲んで下さい) (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 · 心い
 - 4) 健康診断害が必要な場合は、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

はか・ 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

提出書類につきまいては、「認定輸血機を技師制度指定施設 登録状況、研修工 受入れ状況確認について(回答)」にてご案内させていただいております。

130. 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

学外からの実習生等受入れの条件

(令和4年10月25日)

- 1) 実習内容・時間等について、各受入部署で必要と判断した場合は制限を設けた上で実習を実施することとする。
- 2) <u>実習・研修開始前に当院にて PCR 検査(検査費: 9,790 円)を行い、</u>機性を確認すること。
- 4) 毎日,検温を行い,発熱及びその他感染症状がないことを確認すること。
- 5) 家族以外の者の会食は以下のすべての条件を満足した上で可とする。なお,実習中の院内や生協等での食事については,手洗い, 手指消毒,社会的距離の確保等を徹底し,感染防止対策に努めること。
 - ① 参加人数が 6 名以内であること。(ただし、参加者全員がワクチン接種を 2 回以上終了していること、あるいは 72 時間以内に PCR 検査または抗原検査を受け陰性を確認していること。)
 - ② 参加者全員が 4)に記載の健康状態を確認していること。
 - ③ 利用する飲食店は長崎県内の「感染対策の第三者認証を取得した店」に限ること。
 - ④ 会食を共にした者の所属先・氏名・連絡先を把握しておくこと。
 - ⑤ 会食は1回につき2時間以内とし、週2回を超えないこと。
 - ⑥ 参加者全員が3密回避や会食前後の手洗い・手指消毒を徹底し、感染防止対策に努めること。
- 6) アルバイトについては、感染防御に万全を期した上で行うこと。
- ※ 令和 4 年 10 月 25 日現在の感染流行地域: 該当なし

〇長崎大学病院研修生受入規程

平成16年4月1日

規程第111号

改正 平成17年9月20日規程第44号

平成21年4月1日規程第26号

平成23年7月1日規程第37号

平成29年3月30日規程第20号

(趣旨)

第1条 この規程は、長崎大学病院(以下「本院」という。)における研修生の受入れに関 し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規程において「研修生」とは、次の表に掲げる職種の免許を有し、本院において研修することを許可された者をいう。

職種

薬剤師,保健師,助産師,看護師,診療放射線技師,診療エックス線技師,臨床検査技師,衛生検査技師,理学療法士,作業療法士,視能訓練士,栄養士,歯科技工士,歯科衛生士,あん摩マッサージ指圧師,はり師,きゅう師,柔道整復師,臨床工学技士,救急救命士,義肢装具士,言語聴覚士

(申請)

第3条 研修を希望する者は、研修申請書(様式第1号)により、病院長に願い出なければならない。

(許可)

- 第4条 病院長は,前条に規定する願い出があったときは,本院の業務に支障がないと認め られる場合に限り,受入れを許可することができる。
- 2 病院長は、前項により受入れを許可したときは、研修生に研修許可書(様式第2号)を 交付するものとする。

(受入期間)

第5条 研修生の受入期間は、6月以内とし、受入れを許可する日の属する年度を超えない ものとする。

(研修料)

- 第6条 研修生は,第4条第2項の規定により研修許可書の交付を受けたときは,別表に掲げる研修料に消費税法(昭和63年法律第108号)及び地方税法(昭和25年法律第226号)の定めによる税率を乗じて得た額を研修を開始する月から修了する月までの月数に応じ直ちに納付しなければならない。
- 2 前項に規定する研修料に関わらず、研修生から別表に掲げる研修料より高額の申し出があったときは、当該金額を研修料とする。
- 3 既納の研修料は、返還しない。

(研修生の遵守義務)

第7条 研修生は,長崎大学の諸規則を守り,病院長の指示に基づいて研修しなければならない。

(許可の取消等)

第8条 病院長は、研修生が前条の規定に違反し、又は研修生としてふさわしくない行為が あった場合は、当該研修生の研修を停止させ、又は許可を取り消すことができる。 (事務)

- 第9条 研修生の受入れに関する事務は、病院事務部人事企画課において処理する。 (補則)
- 第10条 この規程に定めるもののほか, 研修生の受入れに関し必要な事項は, 病院長が別に定める。

附則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。 附 則(平成17年9月20日規程第44号)

- 1 この規程は、平成17年10月1日から施行する。
- 2 この規程の施行の際, 現に研修申請書を受理している者に係る研修料については, なお 従前の例による。

附 則(平成21年4月1日規程第26号)

この規程は、平成21年4月1日から施行する。

附 則(平成23年7月1日規程第37号)

この規程は、平成23年7月1日から施行する。

附 則(平成29年3月30日規程第20号)

この規程は、平成29年4月1日から施行する。

別表 (第6条関係)

| 研修生受入職種 | 1月当たりの研修料 |
|-------------|-----------|
| 薬剤師 | 23,000円 |
| 保健師 | 7,000円 |
| 助産師 | |
| 看護師 | |
| 臨床検査技師 | |
| 衛生検査技師 | |
| 救急救命士 | |
| 診療放射線技師 | 6,000円 |
| 診療エックス線技師 | |
| 理学療法士 | |
| 作業療法士 | |
| 視能訓練士 | |
| 栄養士 | |
| 歯科技工士 | |
| 歯科衛生士 | |
| あん摩マッサージ指圧師 | |
| はり師 | |
| きゅう師 | |
| 柔道整復師 | |
| 臨床工学技士 | |
| 義肢装具士 | |
| 言語聴覚士 | |

様式第1号

研修申請書

平成 年 月 日

長續大學的院長 - 殿

事業 所名 代表名名 印 研修命望者名 印 住 所 免許の種類 免許の番号

このたび貴院 科(部)において平成 年 月 日から平成 年 月 日まで研修させていたださたく申請いたしますので御許可くださるようお願いいたします。 なお、許可のうえは、下記の事項を遵守いたします。

àС

- 1 研修に際しては、哲学の諸規則を遵守するとともに貴晩の責任者の指示に従いませ、
- 2 放意者しくは過失により貴院に租害を及ぼした場合又は本人が被災した場合は、 * 切の責任を負います。

様式第2号

 長大病人第
 号

 平成
 年
 月
 日

殿

長崎大学病院長

印

研修許可醬

平成 年 月 目付けで申請のあったことについては、研修生として別紙研修計 画書のとおり受入れを許可します。

ついては、研修料 円を本学の指定する口座に振り込んでください。

様式第1号

様式第2号

様式第1号

研修 申請書

令和 年 月 日

長崎大学病院長 殿

事 業 所 名 代 表 者 名

印

研修希望者 住 免許の種類 免許取得年月日 印

このたび、貴院 科(部)において令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで研修させていただきたく申請いたしますので御許可くださるようお願いいたします。

なお、許可のうえは、下記の事項を遵守いたします。

記

- 1 研修に際しては、貴学の諸規則を遵守するとともに貴院の責任者の指示に従います。
- 2 故意若しくは過失により貴院に損害を及ぼした場合又は本人が被災した場合は、一切の責任を負います。

院内感染予防対策について

令和 年 月 日

医療機関名

代表者名

印

下記職員は、本院の定める院内感染予防の為の適切な措置が行われていることを証明します。

記

| 職名 | 氏名 |
|----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(短期実習·研修者用)

個人情報保護に関する誓約書

長崎大学病院長 殿

私は、長崎大学病院において実習・研修するにあたり、長崎大学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、次の事項について確認し、実習・研修中に知り得たいかなる個人情報も守秘することをここに誓約します。

- 1. 実習・研修中に知り得た患者及び病院関係者の個人情報、本院及び取引業者の情報資産などについて、守秘義務があること。
- 2. 長崎大学病院が保有する個人情報が記載等された書類やデータ等(コピーを含み、ハード、ソフトの媒体は問わない)は、情報を復元できないよう適切に廃棄し、廃棄できないものはすべて長崎大学病院に返却すること。
- 3.長崎大学病院の許可なく個人情報を持ち出したり、第三者に提供しないこと。
- 4. 今後、真にやむを得ない理由があり、長崎大学病院の保有する個人情報を使用する必要がある場合は、予め長崎大学病院の許可を得ること。
- 5.上記のいずれかに違反したことにより、長崎大学病院に損害を与えた 場合は、その補償の責任に問われることを予め承諾すること。

| 令和 | 年 | 月 | 日 |
|----|---|-----|---|
| | | 所属 | |
| | | 氏名_ | |

※氏名は自筆で記入すること。

※誓約書提出先:医療安全課 内線 2531

9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> 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
 - 1 3
 - 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 ・研修依頼文書(研修者氏名・所属、日程など)

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

施設名 熊本大学病院

所在地 熊本県 #123

- 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> ご記入のうえ、ご返僧ください。
- 9. 研修生の受入れにおける提出書類について(該当する項目を〇で囲んで下さい) (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



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





3) 健康診断書は必要ですかえ

はい



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



5) 健康診断害が必要な場合は、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[

ì

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

(5年以内のもの)

麻疹 ・風疹 ・水痘

ラマ · B型肝

・ツベルクリン反応

7) 誓約書は必要ですか

(\$v)

いいえ

]

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか

(tv)

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 る刊名を申言書書

132. 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

| 施設名 | 大分県と | ケ病院 |
|--------|----------|-----------|
| ルビルスペコ | ・ノスフリタでご | エッファリ レノレ |

所在地 大分県 井125

- 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> ご配入のうえ、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(該当する項目を〇で囲んで下さい) (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・くいい

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

]

٦

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 [証明書の提出は水澤ありはさんば、抗体がない場合は、上記予防接種を 受けていることが必要です。
- 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

134. 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、ご記入下さい実習費を振り囚んでいただく前に、 宝鋺と振り目が らかる 書類を送付ください

| | 設名 ~ | 大分大学医学部附属病院 所在地 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類</u> ご記入のうえ、 | | 合のみ |
|----|------|---|------------------------|---------|
| 9. | 矿 | 修生の受入れにおける提出書類について(該当する項目を〇で (その他に該当する場 | NOTES AND AND AND SAND | (A) St |
| | 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 | (IV) . | 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 | (IV) · | いいえ |
| え | 3) | 健康診断書は必要ですか | (IV) | • 1/1/1 |
| | 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 | (ttv) · | 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 | | |
| | | ・ ・ | | J |
| | 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る | _ታ | |
| | | ・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムレプス ・B型肝炎 ・ツベル・その他〔 | レクリン反 | 応〕 |
| | 7) | 誓約書は必要ですか | はい・ | Wilt |
| | 8) | 臨床検査技師免許の写しは必要ですか | (13V) · | 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 | | |
| | | | | |
| 13 | 5. 語 | R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 |
| | | | | |

別 添

実習生等の受入れについて

当附属病院で実習または研修(以下、実習等という)するにあたり、ご自身が感染症に罹患することを防ぐことに加え、受診患者や入院患者への感染源とならないように、所定の抗体検査・ワクチン接種の実施をお願いします。

O B 型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎については、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」に基づく対応をお願いします。

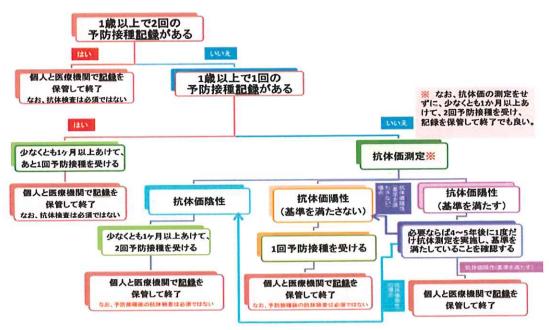
【学会URL】 http://www.kankyokansen.org/modules/publication/index.php?content_id=17

1. 病院院内感染防止のために、以下の条件を満たしたものに実習等を許可する (1) B型肝炎

- ①HBs 抗体検査で、抗体価が 10mlU/ml 以上の方
 - B型肝炎ワクチン接種は不要。
- ②上記①以外の方
 - O, 1, 6 か月後の3回(1シリーズ) B型肝炎ワクチン接種を行う。
 - 3 回目接種終了から 1 か月以上経過後、HBs 抗体検査を行う。抗体価が 10mlU/ml 未満の方は、もう1 シリーズの投与を検討する。
- *B型肝炎ワクチン接種は、抗体価確認まで時間を要しますので、早めの対応をお願いします。
- *直接患者に接触する、または患者の血液や体液に触れる機会がない実習等の場合は、必須ではありません。

(2) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

- ①各種ワクチンを2回接種したことを記録(母子手帳等)で確認できる方
 - 抗体価検査およびワクチン接種は不要です。
- ②上記①以外の方
 - ・以下のフローチャートに沿って抗体価測定を行い、必要に応じてワクチン接種をしてく ださい。



麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種のフローチャート 1/4ページ

- 抗体価を測定した場合、以下の基準に基づき判定してください。
- 「抗体価陽性(基準を満たす)」に該当しない場合は、フローチャートに沿って予防接種 を検討してください。なお、これら4疾患のワクチンはいずれも生ワクチンであるため、 妊娠中や免疫機能に異常のある場合等、ワクチン接種不適当者は接種できませんので、 ご注意ください。

| 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 ぁるいは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):(±) | EIA法(IgG):陽性 |

- 2. 実習生養成機関または実習等を行う者は、以下の書類を実習等開始日の8週間前までに提出する
 - (1) B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の抗体価またはワクチン接種の 記録のコピー

記録は、母子手帳や病院発行の書類(日時、抗体価の検査方法や検査結果の数値、ワクチン接種などの記載があるもの)とする

(2) 各種感染症抗体保有状況調査書

上記(1)の記録をもとに、記載する

【注意点】ワクチン接種を2回した記録を提出できる場合、抗体価検査は不要です

3. ワクチン接種禁忌の対象者や、必要なワクチン接種が間に合わない場合などは下記担当者まで連絡する

大分大学医学・病院事務部 総務課病院企画係 (連絡先) TEL: 097-586-5170, FAX: 097-586-5119 〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

記入例

各種感染症抗体保有状況調查書

大分大学医学部附属病院

| 氏 名 | 性別 | 生年月日 (年齢) |
|--------|----|---------------------|
| 7) が t | 男女 | 西暦 1996年 5月 5日(22才) |

1. B型肝炎

| 項目 | 検 査 日 年/月/日 | 検査方法 (該当にO) 測定値 | | 基準 | ワクチン接種日 年/月/日 | | | |
|-------|----------------|-----------------------|-------|---------------|----------------------------|--|--|--|
| HBs抗体 | 2017/4/10 | CLIA CLEIA EIA | 6.5 | - ≧10.0mlU/ml | ① 2017/5/20 ② 2017/6/21 | | | |
| | 2018/6/18 | CLIA · CLEIA · EIA | 126.5 | ≥ 10.0ml0/ml | ③ 2017/11/18 | | | |
| 備考 | | | | | ÷ | | | |

2. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

| | n | 外沙。河边 | 71/377 - 1011717 | 山山 | | | | | | |
|---------|-----|-------------|------------------|------|------|-----------------------|-------------------------|---|-------|-------|
| | | 検 査 日 | 検査方法 | 基準 | | | ワクチン接種日 | | | |
| 項目 | | 年/月/日 | (該当に〇) | 測定値 | 陰性 | 陽性 ^{基準未満} | 陽性 ^{基準を満たす} | 2 | 年/月/日 | |
| | | | EIA (IgG) | | <2.0 | 2.0-15.9 | ≧16.0 | 1 | / | / |
| 麻 | 疹 | 2017/5/30 | PA | 19.8 | <16 | 16-128 | ≥256 | | , | , |
| | | | 中和法 | | <4 | 4 | ≧8 | 2 | / | / |
| 風 | 疹 | 2017 /5 /20 | H | 16 | <8 | 8-16 | ≧32 | 1 | 2017/ | 6/15 |
|) AV 19 | 12 | 2017/5/30 | EIA (IgG) | 16 | <2.0 | 2.0-7.9 | ≧8.0 | 2 | / | / |
| | | | EIA (IgG) | | <2.0 | 2.0-3.9 | ≧4.0 | 1 | 2002/ | 10/27 |
| 水 | 痘 | 2017/5/30 | IAHA 中和法 | <2 | <2 | 2 | ≧4 | 2 | 2017/ | 7/15 |
| 流行 | · 性 | | | | | | | 1 | / | / |
| 耳下腺 | 泉炎 | 2017/5/30 | EIA (IgG) | 6.6 | <2.0 | 2-3.9 | (≥4.0) | 2 | / | / |
| 備 | 考 | | | | , | | | | | |

各種感染症抗体保有状況調查書 大分大学医学部附属病院

養成機関名/医療機関名:

| 実習生/研修生氏名 | 性別 | 生年月日 (年齢) |
|-----------|-----|--------------|
| ל 'לעויך | 男•女 | 西暦 年 月 日(才) |

1. B型肝炎

| 項目 | 検 査 日 年/月/日 | (=+)V(=0) | | 基準 | | クチン! /月/ | |
|-------|----------------|--------------------|--|----------------|---|-------------|---|
| UD。垃块 | 1 1 | CLIA • CLEIA • EIA | | · ≧10.0mlU/ml | 1 | / | / |
| HBs抗体 | 1 1 | CLIA • CLEIA • EIA | | = 10.01110/111 | 2 | / | / |
| 備考 | | | | | | | |

2 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

| 2. 林珍、風疹、小痘、肌门 压耳下脉炎 | | | | | | | | | |
|----------------------|-------|-------------|-----|------|-----------------------|-------------------------|--------|-----|-----|
| | 検 査 日 | | | | | | ワクチン接種 | | 妾種日 |
| 項目 | 年/月/日 | (該当に〇) | 測定値 | 陰性 | 陽性 ^{基準未満} | 陽性 ^{基準を満たす} | 年 | /月/ | /⊟ |
| | | EIA (IgG) | | <2.0 | 2.0-15.9 | ≧16.0 | 1 | / | / |
| 麻疹 | // | PA | | <16 | 16-128 | ≥256 | | | , |
| | | 中和法 | | <4 | 4 | ≧8 | 2 | / . | / |
| 風疹 | 1 1 | ні | | <8 | 8-16 | ≧32 | 1 | / | / |
| 141 19 | / / | EIA (IgG) | | <2.0 | 2.0-7.9 | ≧8.0 | 2 | / | / |
| | | EIA (IgG) | | <2.0 | 2.0-3.9 | ≧4.0 | 1 | / | / |
| 水痘 | // | IAHA 中和法 | | <2 | 2 | ≧4 | 2 | / | / |
| 流行性 | | | | | | | 1 | / | / |
| 耳下腺炎 | 11 | EIA (IgG) | | <2.0 | 2-3,9 | ≧4.0 | 2 | / | / |
| 備考 | | J. | ı | | 1 | | • | | |

医学部附属病院研修生の 受入れに関する手引

最終決裁者:医学部附属病院長

(手引に関する担当部署)

医学·病院事務部総務課病院企画係

TEL 097-586-5170

e-mail kikakucy@oita-u.ac.jp

1 病院研修生について

(1) 申込み方法

研修(委託)申請書兼受入許可(不許可通知)書に必要事項を記入の上,以下の必要書類を添付して,研修開始日の8週間前までに,事務担当まで提出してください。

(添付書類)

- 1 履歴書
- 2 健康診断書(胸部エックス線検査を含み、申請日から1ヶ月以内に受診したもの)
- 3 別添「実習生等の受入れについて」に記載の各種感染症抗体保有状況調査書等提出書類
- 4 免許証の写
- 5 職についている者は、所属機関の長の承諾書(医療関係団体等が申請する場合は不要)

許可又は不許可の別は,事務担当を通じて研修(委託)申請書兼受入許可(不許可通知) 書により連絡します。

【事務担当】 大分大学医学・病院事務部 総務課病院企画係 (連絡先) TEL:097-586-5105, FAX:097-586-5119 〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

(2) 研修料の納付方法

許可された場合は、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、現金又は現金書留により納付できます。また、医療関係団体等が申請する場合は、振込みに よる納付もできます。

(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原則として返還しません。
- 現金又は現金書留の場合の納付方法

下記納付先まで、持参又は送付してください。 なお、現金は釣銭が要らないようご準備願います。

【納 付 先】 大分大学医学・病院事務部 経営戦略課総務係 〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

○ 振込の場合の納付方法(医療関係団体等からの申請の場合のみ)

別途請求書を送付します。

なお、研修料の振込(請求書の発行)手続を希望された場合でも、事務処理の都合で、現金扱いとなる場合がありますので、ご了承ください。(4月中に研修を開始する場合及び申請書受理から研修開始まで1か月未満の場合)

(3) その他

本院における病院研修生の受入れについては,「大分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

大分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、次のとおりです。

<病院研修生>

〇 研修(委託)申請書 兼 受入許可(不許可通知)書

3 個人情報の取扱い

申請書及び添付書類上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。

| 研修 | (季託) | 由請書 | 兼 | 受入許可 | (不許可通知) | 書 |
|----------|----------|--------|-----|------------|--------------------|---|
| 11/1 1/2 | (T II) | T 11 = | AIN | X / \ III1 | (1 11 1 1 VE VE) | |

年 月 日

大分大学医学部附属病院長 殿

住 所

氏 名

盯

(医療関係団体等名・代表者名)

貴院において,下記のとおり研修(を委託)したいので許可くださるよう申請いたします。

記

| 研修期間 | 开放出点 |
|------|------|
| 机修剂间 | 研修内容 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| • | |

- (注) 医療関係団体等が申請する場合
 - ① 病院研修生として派遣する者の氏名を「研修内容欄」に付記してください。
 - ② 研修料の納付方法について、次のいずれかに口を付してください。

□研修開始前までに現金又は現金書留にて納入 □振込み (請求書の発行) 希望

(以下記入不要)

上記にて申請のありました研修について,

- () 病院研修生として受入れを許可します。
- () 誠に申し訳ありませんが、本院では受入れが出来かねますのでご了承願います。

年 月 日 大分大学医学部附属病院長

即

以下受入れ許可者について

- () 別途請求書を送付いたします。
- () 研修開始前までに現金又は現金書留にて納入願います。

| 受入れ部署 | 1 年中1271期/ |
|-------|------------|
| (受入可) | (受入不可) |
| | |

| 受入れ許可書 | 経営戦略課 |
|---------|-------|
| (写) 受領印 | |

(履歴)

平成20年4月1日作成 平成20年7月1日変更 平成21年7月1日変更 平成21年9月28日変更 平成23年10月6日変更 令和元年(2019年)5月29日変更 令和3年(2021年)4月1日変更 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> 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、B型肝炎
 - 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

- ・コロナウイルスワクチン接種証明、場合によってはコロナウイルス 陰性証明書
- ・研修生の勤務先からの研修依頼書
- 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 | 也 宮崎県 #130 類がある場合のみ 、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(該当する項目を〇で (その他に該当する場 | で囲んで下さい) 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 |
| 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 | רל־ |
| ・麻疹・風疹 水痘 レンプス ・B型肝炎 ・ツベ・その他 [| ジルクリン反応] |
| 7) 誓約書は必要ですか | はい・いか |
| 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 勤務先所属長の承諾書 | ` |
| | |

139. 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、ご記入下さい本院所定の研修生受入申請書(別紙様式1)

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。

○宮崎大学医学部附属病院研修生受入れ規程

平成16年4月1日制定

改正 平成 17 年 6 月 14 日 平成 19 年 7 月 18 日 平成 22 年 2 月 17 日 平成 26 年 3 月 19 日 平成 31 年 4 月 26 日 令和元年 9 月 18 日 令和 2 年 1 月 15 日 令和 3 年 3 月 17 日

(趣旨)

第1条 薬剤師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、 視能訓練士、栄養士、歯科技工士、歯科衛生士、臨床工学技師、救急救命士及び言語聴 覚士の免許を有する者を宮崎大学医学部附属病院(以下「附属病院」という。)において 研修させる場合の手続等は、この規程の定めるところによる。

(適用除外)

- 第1条の2 この規程は、次に掲げる研修及び実習については、適用しない。
- (1) 財団法人日本薬剤師研修センターの長からの要請による薬剤師実務受託研修
- (2) 社団法人日本病院薬剤師会長からの要請によるがん専門薬剤師の研修
- (3) 一般社団法人日本医療薬学会会頭からの要請による地域薬学ケア専門薬剤師制度による連携研修
- (4) 救急救命士の気管挿管に関する実習

(手続及び許可)

- 第2条 研修を受けようとする者は、次に掲げる書類を附属病院の長に提出し、申請する ものとする。
 - (1) 研修生受入申請書(別紙様式1)
 - (2) 履歴書(写真添付)
 - (3) 免許証の写
 - (4) 健康診断書(医師の作成したもの)
 - (5) 勤務先所属長の承諾書
- (6) 抗体検査・ワクチン接種歴確認表 (別紙様式2)
- 2 附属病院の長は、前項の規定により研修の申請があったときは、附属病院の業務に支障がない場合に限り、研修を許可することができる。
- 3 研修の期間は、6月以内とし、研修を許可する日の属する会計年度を超えないものとする。

(研修料)

- 第3条 前条第2項により研修を許可された者(以下「病院研修生」という。)は、研修料として日額1,100円(税込)を納入しなければならない。
- 2 前項の規定にかかわらず、薬剤師の研修を目的とする病院研修生についての研修料は、 病院研修生1人につき日額1,650円(税込)とする。
- 3 前2項の研修料は、研修の期間に応じ、その全額を研修の開始前に納付しなければならない。
- 4 研修料を研修の開始前までに納付しない者に対しては、附属病院の長は、研修の許可 を取り消すものとする。
- 5 既納の研修料は、原則として返還しない。

(研修課程)

第4条 病院研修生の研修課程は、附属病院の長が別に定める。

(研修)

第5条 病院研修生は、附属病院の長の指示に基づき研修を行うものとする。

(諸規程の遵守)

第6条 病院研修生は、本学の諸規程を守らなければならない。

(実習証明書の交付)

第7条 附属病院の長は、当該実習に係る証明の願い出があったときは、必要な証明書を 交付するものとする。

(許可の取消し等)

第8条 病院研修生が第5条若しくは第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、附属病院の長は、当該病院研修生の研修を停止させ、又は第2条第2項の許可を取り消すことができる。

第9条 この規程に定めるもののほか、病院研修生に関して必要な事項は、附属病院の長 が別に定める。

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

- 1 この規程は、平成17年7月1日から施行する。
 2 改正後の第3条の規定は、施行日以降に申請のあったものに適用し、施行日前に申請 のあったものについては、なお従前の例による。

附則

この規程は、平成19年7月18日から施行する。

- この規程は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 改正後の第3条の規定は、研修の期間が施行日以降のものに適用する。

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

この規程は、令和元年5月1日から施行する。

この規程は、令和元年10月1日から施行する。

この規程は、令和2年1月15日から施行する。

この規程は、令和3年4月1日から施行する。

別紙様式1

研修生受入申請書

年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長

殿

申請者氏名

印

下記のとおり貴病院の研修生として研修したいので、受入れを許可くださるようお願いいたします。

なお、研修中において事故等があった場合は、一切の責任を負うことを誓約します。

記

| | | | | | | H™ | | | | | |
|----|-----------|----------|----|--|---|----|---|------|-----|----|-------|
| 态 | り | が | な | | | | | | .,, | | 男 |
| 氏 | | | 名 | | | | | | | | 女 |
| 生 | 年 | 月 | A | | 年 | | 月 | 日生(| | 歳) | |
| 本 | \$ | 音 | 地 | | | | | | | | |
| 現 | f: | È | 所 | | | | | | | | |
| 勤 | 务先标 | 幾関名 | 各及 | | | | | | | | |
| び | Į | 戠 | 名 | | | | | | | | |
| 研 | 修 | 期 | | | | | | | | | |
| 研偵 | 多希皇 | 2部 | | | | | | | | | |
| 研 | 修 | Ē | 的 | | | | | | | | |
| 備 | | | 考 | | | | | | | | |

| 提出日 | (| 年 | 月 | 日 |) |
|------------|---|---|---|---|---|
| 教育機関または施設名 | (| | | |) |

| | ワクチン接種日(年月日)

抗体価検査歴

※有・無で記載し、有の場合は抗体価と検査日を記載

※抗体価には検査法(EIA 法など)も記載

| | | | | | | | | | Section 1 and 1 an | | | | | | | |
|----------|-----------|---------------------------------------|---------|----------|---------|---------|----------|----------------------|--|-----|----|---|--|--|--|--|
| 氏名 | 麻〕 | しん | 風〕 | しん | 水 | 痘 | | · 行性 · · 腺炎 | 麻しん | 風しん | 水痘 | 流行性 耳下腺炎 | | | | |
| | 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 | 1 6 8 | 2回目 | | E . | | | | 24 1 加火 | | | | |
| | 1 1 1 1 1 | | 1 11 1 | 4四日 | 1回目 | 4 四日 | 1回目 | 2回目 | | | - | | | | | |
| 記載例:清武花子 | | | | | | | | | | | | 有 12.5 | | | | |
| | H5.8.28 | H10.2.15 | H5.8.28 | H10.2.15 | H5.10.2 | H6.9.30 | H5.11.28 | 無 | 無 | 無 | 無 | (EIA 法) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | H28.10.12 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 44 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Į. | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | And | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

※証明できる書類(病院発行の接種記録、検査結果報告書など)のコピーでも構いません。

※ただし、患者に直接は接しないまたは病室には入らない(カンファレンスのみ)などの場合は不要です。

施設名 鹿児島大学病院

所在地 鹿児島県 #131

- 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> 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(該当する項目を〇で囲んで下さい) (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

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

・その他り 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 [指定様式あり。胸部エックス線結果報告書、予防ワクチンを接種できない] 場合は予防ワクチン未接種理由書 ※2別紙参照

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 病院研修生受入申請書、個人情報保護に関する誓約書、名簿、研修計画書、 「新型コロナウイルス感染症に関する健康管理について」アンケート

140. 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。

×. 2

ウイルス感染症の免疫確認と胸部エックス線検査について //

研修生・実習生の安全確保と院内感染防止のため、本院では研修生・実習生に健康診断(胸部エックス線検査)の受診、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を義務づけております。検査結果が基準をみたしていることを各施設でご確認いただき、別紙「ワクチン接種歴・抗体検査結果及び胸部エックス線検査結果報告書」(以下「結果報告書」)の提出をお願いいたします。なお、12月から3月にかけて研修・実習を行う者については、インフルエンザワクチンの接種も必須とします。

健康診断の受診と免疫状態を確認できない方は受入れをお断りする場合がありますので、<u>各</u> 施設で必要条件を満たしていることを必ずご確認ください。

<u>B型肝炎ワクチンの接種は完了するまでに長い期間を要しますので、早めの確認・対応を</u> お願いします。

報告書を提出する時点でやむなく免疫状態が不十分な学生がいる場合は、備考欄にその理由を記載してください。免疫が確認された状態で実習ができるように調整をお願いします。

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎について

1) 各種ワクチンを2回接種したことを記録で確認できる方 抗体検査は不要です。その結果を別紙「結果報告書」に記入し、提出してください。

2) それ以外の方

下記の方法で抗体検査を実施してください。6年以内の検査結果を記録で確認できれば、その結果も有効とします。抗体検査の結果、基準をみたさない場合は医師と相談の上、本人の責任のもと、接種不適当者を除きワクチン接種をしてください。抗体検査とワクチン接種の記録を別紙「結果報告書」に記入し、提出してください。ワクチンを接種できなかった場合はその理由を別紙様式にご記入ください。

| | 検査方法 | 実習可能な基準 |
|---------|---------|---------|
| | EIA-IgG | 16以上 |
| 麻疹 | · PA | 256以上 |
| | NT | 8以上 |
| | , HI | 32 以上 |
| 風揚 | LA | 32 以上 |
| | EIA-IgG | 8以上 |
| | EIA-IgG | · 4以上 |
| 水痘 | IAHA | 4以上 |
| | NT | 4以上 |
| 流行性耳下腺炎 | EIA-IgG | 4以上 |

(『日本環境感染学会 院内感染対策としてのワクチンガイドライン』第3版に準拠しています)

B型肝炎ウイルス (HBV) について (臨床心理室、教育学部 (養護実習)、栄養管理室等の 実習生・研修生は除く) ※薬剤部での実習・研修は確認対象となります。

1) HBs 抗体検査で 10 mIU/ml 以上であることを記録で確認できる方 その結果を別紙「結果報告書」に記入し、提出してください。

2) それ以外の方

接種不適当者を除き 0、1、6ヶ月 (1シリーズ) の 8回 B 型肝炎ワクチンを接種し、接種終了後 1 か月以上の間隔で HBs 抗体検査を行ってください。結果が 10 mIU/ml 以上の方はその結果を別紙「結果報告書」に記入し、提出してください。 ワクチン接種前の HBs 抗体検査は必ずしも必要ではありません。

検査結果が $10 \, \mathrm{mIU/ml}$ 未満の方は、もう $1 \, \mathrm{>} 1 \, \mathrm{>} 1 \, \mathrm{>} 1$ 一ズの接種を行い、接種終了後に再度 HBs 抗体検査を行い、その結果を報告書に記入して提出してください。

B型肝炎ウイルスのワクチン接種は完了するまでに長い期間を要しますので、早めの 確認・対応をお願いします。

胸部エックス線検査について

- 1) 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を別紙「結果報告書」 に記入し、提出してください。
- 2) 実習中に過去の胸部エックス線検査から1年が経過するときは、その時点で再度胸部エックス線検査を受け、異常がないことを別紙「結果報告書」に記入し、提出してください。

研修または実習に付き添われる費施設の教員についても研修生・実習生同様の取扱いとさせていただきますので、「ワクチン接種歴・抗体検査結果及び胸部エックス線検査結果報告書」の提出をお願いいたします。

インフルエンザワクチンについて

12月から3月にかけて研修・実習を行う者については、接種不適当者を除きインフルエンザワクチンの接種も必須としますので、該当する研修生・実習生については、12月15日までに接種したことを証明するリストを提出してください。接種できない者については、その理由を記載してください。

別記様式第1-1号(第2条関係)

年 月 日

鹿児島大学病院長 殿

機関等の 所 在 地

名 称

長の氏名

病院研修生受入申請書

このことについて、下記のとおり貴病院における研修を委託しますので、受入れを 許可くださるよう別紙誓約書を添えて申請します。

記

- 1 研修生の氏名、人数 別紙名簿のとおり 名
- 2 免許の種類

取得年月日 年 月 日

3 研修期間 年 月 日から

年 月 日まで

4 研修内容

別記様式第1-2号(第2条関係)

年 月 日

鹿児島大学病院長 殿

住所

氏名

病院研修生受入申請書

このことについて、下記のとおり貴病院にて研修をいたしたいと思いますので、受 入れを許可くださるよう別紙誓約書を添えて申請します。

記

- 1 研修生の氏名
- 2 免許の種類

取得年月日 年 月 日

3 研修期間 年 月 日から

年 月 日まで

4 研修内容

別記様式第2-1号(第2条関係)

鹿児島大学病院長 殿

誓 約 書

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、その研修期間中研修生に対し貴学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

長の氏名

別記様式第2-2号(第2条関係)

鹿児島大学病院長 殿

誓 約 書

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 学の諸規則を遵守し、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

鹿児島大学病院長 殿

個人情報保護に関する誓約書

私は、貴病院における実習中(研修中)に取得した患者さんに関する個人情報は、その取り扱いに細心の注意をはらい、実習中(研修中)ならびに実習後(研修後)も絶対に他に漏らしません。

上記のとおり誓約します。

| | | 年 | 月 | 日 | | | | |
|------|------|-----|---|---|-----|---|---|----|
| | 所属機 | 幾関名 | | | | | | |
| | 氏 | 名 | | | | 印 | | |
| | 連系 | 各 先 | | | | | | |
| 実習・研 | 开修期間 | | 1 | 月 | 日 ~ | 年 | 月 | 日) |

記入例

〇〇〇〇年 4月 1日

〇〇年度 病院研修生名簿

研修期間 〇〇年5月7日~5月11日(5日間)

| | 党 | 年 齢 | 性別 | 職種(経験年数) |
|----|----------|-----|----|-----------|
| 1 | 桜島 灰字 | 30 | 女 | 理学療法士(7年) |
| 2 | 霧島 新太 | 35 | 男 | 言語聴覚士(8年) |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

(別紙様式)

ワクチン未接種理由書

| 生 |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

上記の理由により、ワクチン未接種です。

年 月 日

機関等の 名 称

長の氏名

印

※ 個人による申請の場合、機関等の名称及び長の氏名は記入不要。日付のみ記入。

新型コロナウイルス感染症に関する健康管理について(受託実習生・病院研修生用)

新型コロナウイルス感染拡大を踏まえ、本院の受託実習生・病院研修生に対して、下記のとおりアンケートを実施しますので、ご理解・ご協力の程よろしくお願いします。

なお、<u>渡航歴や発熱の申し出、あるいは万が一感染していた場合でも、本人の健康とプライバシーを</u> 守り、決して不利に扱われることはありませんので、事実を正確に回答願います。

また、実習開始までの期間は、<u>海外渡航は原則禁止</u>、<u>国内移動も可能な限り自粛</u>されるようお願いします。

| 所属施設: | | |
|----------------------------------|-----------|--------|
| 氏 名: | | |
| 記載日:令和年月日 | | |
| ※有無のどちらかにチェックをお願いします。 | | |
| 【海外渡航歷】 | | |
| ○過去1月以内の海外渡航の有無 | < □有 | □無 > |
| <有にチェックをした方> | | |
| 渡航時期: 月 日 ~ 月 日 国・地域: | | |
| 【国内移動歴】 | | |
| ○過去2週間以内の鹿児島県外への訪問、滞在又は在住の有無 | < □有 | □無 > |
| 有の場合は地域及び期間を記載(| |) |
| ○上記地域での発熱・呼吸器症状を有する人との接触の有無 | < □有 | □無 > |
| 有の場合は何処でいつ頃かを記載(| |) |
| 【健康状態】 | | |
| ○過去1月以内の4日以上続く発熱や呼吸器症状の有無 | < □有 | □無 > |
| (解熱剤を飲み続けなければならない方も同様です。) | | |
| ○1月以内の強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)の有無 | < □有 | □無 > |
| ○その他の症状 具体的な症状 (| |) |
| 上記の有の場合はいつ頃かを記載(| |) |
| 【その他】 | | |
| ○新型コロナウイルス感染症患者との接触歴の有無 | < □有 | □無 > |
| ○「海外の流行地域に渡航又は居住していた人」との濃厚接触歴 | < □有 | □無 > |
| ○過去1月以内の周囲の有症者(4日以上続く発熱・強い倦怠感)や原 | 原因不明の肺炎発症 | 定者との濃厚 |
| 接触の有無 | < □有 | □無 > |
| 上記の有の場合は何処でいつ頃かを記載(| |) |
| | | |

本件担当

鹿児島大学病院総務課企画・広報係

TEL: 099-275-6710 FAX: 099-275-6846

(病院研修生)

ワクチン接種歴・抗体検査結果及び胸部エックス線検査結果報告書

鹿児島大学病院長 殿

| 此儿面八十四尺 | 100 | 麻乳 | 5 | | 1 | 風扫 | 5 | | 水痘 | | | | | 流行性耳下腺炎 B型肝炎 | | | | | | |
|----------|----------------|-----------------|--------------|-------------|----------------------|----------|----------|-------------|-----------------------|----------|--------------------|-------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------------|---------------|---|--------------------|--|
| | ワクチン接種 | 抗体核 EIA法-IgG | 査(いずれ PA法 | か1つ) NT法 | ワクチン接種 | | | か1つ) LA法 | ワクチン接種 | 12-72-12 | 査(いずれ) | か1つ) NT法 | | | ワクチン接種 | | 胸部エックス線 検査 | コメント欄 | インフルエンザ ワクチン接種日 | |
| 氏名 | 接種回数 1回目接種日 | | 抗体価 | | 1回目接種日 | | 抗体価 | | 接種回数 1回目接種日 | | 検査日 抗体価 | | 接種回数 | 検査日 抗体価 | 1回目接種日 2回目接種日 | 検査日 抗体価 | 検査日 所見 | (病気や体質等やむを得ない事情 により予防接種を受けられない場合 は、理由を記載すること) | (実習期間が 12月~3月の | |
| 記入例 | 2回目接種日 | 2017/4/1 | 果(自動計) | 2017/4/1 | 2回目接種日 | 2017/4/1 | | 2017/4/1 | 2回目接種日 | 2017/4/1 | 果(自動計) 2017/4/1 | | 2回目接種日 2 | 結果 2017/4/1 | 3回目接種日 2012/3/1 | 結果(自助計算) 2017/4/1 | 2017/4/1 | int Enclowy SCC/ | 場合のみ) | |
| ac A yri | 2000/4/1 | 16 陽性 | 256 陽性 | 8 陽性 | 1990/2/3 2000/4/1 | 8 陽性 | 32 陽性 | 32 陽性 | 2006/2/1 2012/9/10 | 4 陽性 | 4 陽性 | 4 陽性 | 2006/2/1 2012/9/10 | 4 陽性 | 2012/4/1 2012/9/10 | 10 陽性 | 異常なし | 8 | 2018/11/1 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | ti | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | Α) | | |
| | 事時不中四十 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

貴院で実習する上記 名の抗体検査結果について上記のとおり確認しました。

年 月 日

医療機関の

名 称:

長の氏名:

個人での申し込みの場合

氏 名:

実習 健康管理チェック表

| | 氏名 |
|---|---------------------------------------|
| ※実習(研修)開始2週間前から毎日記載する。体温は毎朝測定すること。 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| ※新型コロナウイルス感染症の確定患者や疑い患者と接触があった場合は鹿児島大学病院総務課企画・広報係(099-275-6710)に連絡してください。 | |

| 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 目 |
|------------------------|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|---------|---|----------|---|----------|---|--------------|---|
| 月/日 | | / | / | | / | | | | | | | _ | / | / | | | | - Th | | - | |
| 体温(℃) | | | | | | | | | | | | | | | | <u> </u> | - | <u> </u> | | | |
| 測定値 | | | | | " | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸器症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 咳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | · |
| 咽頭痛 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 消化器症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 嘔気 | | | | | | | | | | | *************************************** | | | | | | | | | | |
| 區吐 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹痛 | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下痢 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の症状 | | | | | | <u> </u> | | | | | *************************************** | | | | h | | | | | | |
| 頭痛 | | | | | | | | | | | ******** | | | | | | | | | | |
| 倦怠感 | | | | | | | | | | *************************************** | • | | | | | <u> </u> | | | | | |
| | | | | *************************************** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旅行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | : | | | |
| 県外 | | | | | | | | | | | **** | | | | | | | | | | |
| 海外 | | | | | | | | | | ***** | | | | | | | - | | | ! | |
| 旅行 県外 海外 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※症状があるときは〇、ないときは一と記載する。※旅行先は具体的な地名を記載する。海外渡航者との接触がある場合は特記事項に記載してください。

研修計画書(〇〇病院)

| ٢ | 矣 | 夹 | 1 |
|---|----|----|---|
| 1 | 70 | 7- | |

| 4月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
|--------|---|---|-------|---|---|---------|---|---|---|--------------------|----------|----|----|----|-------------|----|-------|----------------------|----------|----------|----------|----|----|----|-----------------|----|----|----|----|----|
| | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | ± | B | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 口口 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 鹿児島 太郎 | | *************************************** | 200 | | • | • | • | • | • | | | • | • | • | • | • | | | | <u> </u> | | | | | | | | | | |
| 宮崎 花子 | | | | | • | • | • | • | • | | | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | AMM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | WW | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <u>Kini</u> | lia ilia | | | | | | | | | | | | | | 1011100 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Allenia Name | | | | | |
| | | | 90000 | | | | | | ļ | (6000) | | | | | | | issig | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1400450 3030450 | | | | | | | | 2000 AAD 2000 AAD | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | BRANK. | | | | | | | | 2000 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | ļ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | *********** | | | | | | <u> </u> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | ļ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | <u></u> | | | | | | | | | | | | | <u> </u> | | L | | | | | | | | | |

【記入例】研修料

(理学療法士,作業療法士等)2,619円×10日間×2名=52,380円 (臨床検査技師,診療放射線技師等)1,100円×10日間×2名=22,000円

| 施設 9. ~ | | 1 | ンター・こども医療センター 所在地 沖縄県 #133 は、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類がある場合のみ</u> 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) | 履歷書 | 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) え | 健康診 | 折書は必要で | すか はし・ いい |
| 4) | 健康診 | 折書が必要な | 場合は、写しでよろしいでしょうか はい・ いいえ |
| 5) | 健康診 | 新書が必要な | 場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか |
| | · 1 › | 月以内 | 3ヶ月以内 全の他[3~6カ月] |
| 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 |
| | () _(*) | を心風疹(| ・水痘 (・) シンプス (・) 型肝炎・ツベルクリン反応で到コロナワクチン 持種証明 (早しで可) |
| 7) | 誓約書 | は必要ですか | はい・ いいえ |
| 8) | 臨床検: | を技師免許の た た が | 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 |
| | | | |
| 142 | . 認定輸血 | 検査技師制度 | を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 |
| >~ + 12 | けなりが | アダンがいる | した。質問 9. ~ 10.の回答書面を「日本輸血・細胞治療学会 |
| ホー 請資 | ムページ 格の確認 | ◇認定輸血検 と受入可能研 | でた。負向 9. ~ 10.の回告者面を「日本輸血・和脳信派子芸査技師について>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周知する予定でおります、予めご了承ください。 |

| 施設: 9. ~ | 名 琉球大学病院 所在地 沖縄県 ・10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書業</u> ご記入のうえ、 | 質がある場合 | |
|-------------|---|--------|---------|
| 9. 1 | 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 (その他に該当する場 | | • |
| 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) え | 健康診断書は必要ですか | はい | · (V)V) |
| 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 ・その他 [| ルクリン反 | ·応) |
| 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 はC

143. 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 だい

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。