

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

感染症関連証明書

87. 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

◎ 提出書類等は当大学HP <https://www.shiga-med.ac.jp/contact> お問い合わせの後診察習生、病院研修生の受け入れについて取り寄せて下さい。

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。

所在地 京都府 #81

施設名 京都第二赤十字病院

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 [ インフルエンザワクチン ]

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

新型コロナウイルス接種証明書

研修開始前に個人宛案内をお送りいたします。その際詳細をお伝えいたします。

90. 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 関西医科大学総合医療センター

所在地 大阪府 #83

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

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

- 1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・  いいえ
- 2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・  いいえ
- 3) 健康診断書は必要ですか  
え はい ・  いいえ
- 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

---

---

---

92. 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 関西医科大学附属病院

所在地 大阪府 #84

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 健康診断受診の証明書 }  
 (診断書の提出は不要です)
- 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 [ T-spot ]
- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ  
 ※所定様式あり
- 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

コロナワクチン2回接種の証明書写し  
実習開始1週間前までのPCR検査の陰性証明書

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

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

別紙様式

年 月 日

## 個人情報の保護に関する誓約書

関西医科大学附属病院  
病院長 松田 公志 殿

施設名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

貴病院で実習を行うにあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

### 記

#### 1. 個人情報安全管理の誓約

個人情報の保護に関する法律、同関連法規、及び個人情報保護に関する貴院の諸規程を遵守し、患者の個人情報を含む全ての個人情報を許可なく開示、漏洩、利用目的以外での利用はせず、管理には十分注意します。

#### 2. 実習終了後の守秘義務

実習終了後に所持している個人情報は、直ちに、返還するか適切に廃棄するか、もしくは確実に個人が特定できない情報へ変換します。

以上

施設名 近畿大学病院

所在地 大阪府 #85

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

① 個人情報誓約書      ② ワクチン接種抗体検査届出書

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

① 実習-見学の受入依頼について(承諾書)

② 実習-見学のため近畿大学病院に入学希望者の名簿一覧

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。

## 誓約書

### 個人情報保護に関するもの

近畿大学医学部長 殿

近畿大学病院長 殿

私は、個人情報の保護に関する病院内規則を十分理解し、これを遵守いたします。

私は、実習中はもちろん、実習後においても、知り得た個人情報を  
正当な事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

## ワクチン接種・抗体検査届出書

所属	
----	--

ふりがな	
氏名	

性別	生年月日 (西暦)
男・女	年 月 日

【4種ウイルス】 ※過去に抗体価検査をされた方は記入し、**結果のコピーを添付ください**

※ワクチン接種日は、**母子手帳等を確認し記入ください 母子手帳のコピーを添付ください**

	罹患歴	抗体価検査					ワクチン接種日 (西暦)	
		検査日 (西暦)	検査方法	結果 数値	判定			
					(-)	(±)		(+)
麻疹	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	<input type="checkbox"/> 検査なし	<input type="checkbox"/> PA法		<input type="checkbox"/> 16未満	<input type="checkbox"/> 16~128	<input type="checkbox"/> 256以上	<input type="checkbox"/> 接種なし、もしくは不明
	<input type="checkbox"/> 罹患歴なし	年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9	<input type="checkbox"/> 16以上	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> その他		その他の場合、検査方法 ( ) 法			年 月 日
風疹	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	<input type="checkbox"/> 検査なし	<input type="checkbox"/> HI法		<input type="checkbox"/> 8未満	<input type="checkbox"/> 8~16	<input type="checkbox"/> 32以上	<input type="checkbox"/> 接種なし、もしくは不明
	<input type="checkbox"/> 罹患歴なし	年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9	<input type="checkbox"/> 8以上	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> その他		その他の場合、検査方法 ( ) 法			年 月 日
水痘	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	<input type="checkbox"/> 検査なし	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし、もしくは不明
	<input type="checkbox"/> 罹患歴なし	年 月 日	<input type="checkbox"/> その他		その他の場合、検査方法 ( ) 法			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不明				その他の場合、検査方法 ( ) 法			年 月 日
耳下腺炎 流行性	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	<input type="checkbox"/> 検査なし	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし、もしくは不明
	<input type="checkbox"/> 罹患歴なし	年 月 日	<input type="checkbox"/> その他		その他の場合検査方法 ( ) 法			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不明				その他の場合検査方法 ( ) 法			年 月 日

### 【新型コロナウイルスワクチン】

※どちらかに○をつけ、接種済の方はワクチン接種日もご記入ください。

  
 接種済     接種なし

	ワクチン接種日 (西暦)			ワクチン接種日 (西暦)	
1回目	年	月 日	3回目	年	月 日
2回目	年	月 日	4回目	年	月 日

新型コロナウイルス感染症に係る防護・防止措置等については、当学部及び当院の指示に従うものとする。

ワクチン接種が2回済んでいる学生…実習中はサージカルマスクを着用する。

ワクチンを接種していない学生…実習中はN-95 マスク・フェイスシールドを着用する。

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
  - ・ 麻疹, 風疹, 水痘, ムンプス,
  - ※1年以内の胸部レントゲン検査は、必須です。
- 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
  - ・ 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

- ・ 誓約書と感染症証明書は、当院書式を使用します。
- 新型コロナについては、現時点では、ワクチン3回接種済みであることを確認します。
- 可能であれば、抗原検査陰性である事となっています。

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

- ・

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 大阪公立大学医学部附属病院

所在地 大阪府 #87

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

**※空欄は施設未入力**

9. 研修生の受入れにおける提出書類について

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

- ・ メールにてお送りいたします。

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

- ・ メールにてお送りいたします。

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

様式 1

令和 年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院長 様

養成機関等の長 印

実習依頼書

貴院において、実習を下記により行わせたいので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

氏名	実習内容	実習期間
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日
		自 令和 年 月 日 週 至 令和 年 月 日

実習生納付金

総額 ( ) 円 (消費税込)  
内訳 ( ) 円 × 日 or 週 or 月 or 実習期間 × ( ) 名

注 大阪公立大学医学部附属病院実習生の取扱いに関する内規第7条第1項ただし書に該当する場合は、「実習生納付金」の欄に納付金の金額等を記載してください。

## 様式 3

## 履 歴 書 (大阪公立大学医学部附属病院)

ふりがな		男 女	生 年 月 日
氏 名	印		年 月 日 生
〒	現 住 所		電 話
—			

## 学 歴

年・月～年・月	学校名・学部(科)名
・ ～ ・	
・ ～ ・	
・ ～ ・	
・ ～ ・	

## 職 歴 (古いものから順に記入してください)

年・月～年・月	勤 務 先 名
・ ～ ・	
・ ～ ・	
・ ～ ・	
・ ～ ・	

様式 2

誓 約 書

令和 年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院長 様

現 住 所

氏 名

印

このたび、貴院で実習を受けるについては、諸規定並びにその他の指示事項を堅く守ることを誓約します。

(書 式4)

## 患者様の個人情報の保護に関する

## 誓 約 書

大阪公立大学医学部附属病院病院長 様

私は、貴院の実習生として、大阪府個人情報保護条例及び患者等の個人情報保護に関する院内指針を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、実習中はもちろん、終了後においても、実習中に知り得た患者様の個人情報を、正当な事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。

令和 年 月 日

所 属 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

## 記入要領

実習・研修担当者 様へ 実習生・研修生の胸部X線検査及び感染症抗体価検査並びにワクチン接種のお願い

大阪公立大学医学部附属病院では院内感染防止のため、職員へのB型肝炎・麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺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及び、胸部X線検査を行っています。

その主旨に従い大阪公立大学医学部附属病院実習生規程 第3条第4項の規程に基づき、本院で実習及び研修（以下「実習等」という）を行い患者と接触する可能性のある方にも本院職員と同じような対応をお願いしております。

陰性者へのワクチン接種は強制ではありませんが、近年、麻疹、風疹の流行もあることから、病氣・妊娠・アレルギー等で主治医よりワクチン接種を禁止されている方以外は、必ず実施していただくようお願いいたします。

抗体陰性でワクチン接種されていない方は、その理由を記載した文書をご提出いただき健康管理を特にご注意ください。下記の対象者は、原則1週間以上病院実習及び研修を行う方です。

実習等の期間が1週間未満の場合は義務ではありませんので、必要により貴校又は、貴施設の方針でご対応ください。

## 記

## 1. 胸部X線（レントゲン）検査

年1回の胸部X線検査を行っていること。異常が指摘された場合は、実習等に関する医師の診断書を提出してください。

## 2. 4種類のウイルス抗体検査・ワクチン接種

- 本院で実習等を行う場合は、水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎の各疾患についてEIA法等による抗体検査の結果、陽性が確認されている方であること。
- 抗体検査結果は、検査後5年以内のデータであること。
- 抗体陰性の場合は、実習等の前に該当するワクチン接種（27日間隔をあけて2回接種）を済ませること（ワクチン接種後の抗体獲得確認のための抗体検査は不要）。
- やむを得ず抗体陰性の方が実習等をしなければならない場合は、少なくとも実習等の前に該当する1回目のワクチン接種を済ませてください。
- 陽性でも陰性でもない抗体価をもつ方は、実習等の4週間以上前に該当するワクチン接種を1回済ませてください。（ワクチン接種後は抗体獲得確認のための抗体検査は不要）。

## 3. HBs抗体検査・B型肝炎ワクチン接種

抗体が陰性の方は、実習等の前にB型肝炎ワクチン接種（0、1、6ヶ月の3回接種）を受け、3回目の接種終了から1ヶ月以上経過後にHBs抗体検査にて陽性になったかを確認してください。やむを得ず抗体陰性の方が実習等をしなければならない場合は、少なくとも実習等の前に1回目のワクチン接種を済ませてください。

## 4. インフルエンザ

毎年、流行期（11月～3月）前にワクチン接種を受けてください。

## 5. 提出書類

- 1) 抗体検査結果（医師の診断書、または検査会社の報告書のコピー）
- 2) ワクチン接種証明書（接種医療機関名が必要）
  - ※ 学校長、施設長、校医名で証明書を発行する場合は、1)、2)の添付は不要です。
- 3) 胸部X線（レントゲン）検査結果が異常ありの場合は、医師の診断書が必要

## 6. 提出先・問い合わせ先

大阪公立大学医学部附属病院

〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町1-5-7 電話：06-6645-2121（大代表）

（提出）人事課人事担当 内線2721 （問合せ）感染制御部 内線2772

胸部X線検査及び感染症抗体検査結果並びにワクチン接種状況証明書

大阪公立大学医学部附属病院 病院長 様

■ 実習・研修者氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日生

貴院にて、(職種) \_\_\_\_\_ の(実習・研修名) \_\_\_\_\_ のため、胸部X線検査及び感染症抗体検査結果並びにワクチン接種状況について以下の通り報告します。

■ 実習・研修期間: \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 日間)

■ 胸部X線(レントゲン)検査 ※該当する太枠に○をつける

対象職種: 全職種

胸部X線所見:	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり(実習・研修に関する医師の診断書が必要)	撮影日: _____ 年 月 日
---------	-------------------------------	---	------------------

■ 小児感染症抗体価検査結果およびワクチン接種状況

対象職種: 全職種

項目	抗体価検査結果 ※該当部分に○をつける			検査実施日	ワクチン接種歴 ※該当部分に○をつける			未接種の理由
	陽性(+)	判定保留	陰性(-)		1回	2回	ワクチン接種日(直近日)	
麻疹				年 月 日			年 月 日	
風疹				年 月 日			年 月 日	
水痘				年 月 日			年 月 日	
流行性耳下腺炎				年 月 日			年 月 日	

■ B型肝炎抗体検査結果およびワクチン接種状況

対象職種: 栄養士・医療秘書・医療事務・社会福祉士を除く全職種

項目	抗体価検査結果 ※該当部分に○をつける			検査実施日	ワクチン接種歴 ※該当部分に○をつける				未接種の理由
	陽性(+)	判定保留	陰性(-)		コース	1回	2回	3回	
B型肝炎				年 月 日	1コース				
					2コース				
					最終接種日	年 月 日			

■ 季節性インフルエンザ・ワクチン接種状況 (実習・研修期間が、11月から3月の場合のみ記入)

対象職種: 全職種

※該当する太枠に○をつける

ワクチン接種:	<input type="checkbox"/> 接種済(接種日: _____ 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未接種(理由: _____ )
---------	--	--

上記のとおり相違ないことを証明します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

学校(施設)名: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_ 印

(  学校長  施設長  校医  実習・研修者  その他 )

※ 該当する検査結果のコピーおよび、ワクチン接種をしている場合は、ワクチン接種証明書のコピーを添付してください。  
 ※ 抗体検査の結果が陰性で、当該ワクチンが未接種もしくは、接種歴が実習開始時点で4週間以上経過していない場合は、実習・研修者が感染症に暴露しないようにするため、実習場所・内容等の変更が生じる場合がありますのでご了承ください。

施設名 大阪赤十字病院

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 [ ]
- 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

・ 12月～3月の研修ではインフルエンザワクチン接種証明

・ 個人情報保護に関する誓約書

---

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  
・ 依頼状

---

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 大阪大学医学部附属病院

所在地 大阪府 #89

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 [ ]

\* 本院様式の「抗体検査結果及び胸部レントゲン検査結果報告書」(様式添付)

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  をご提出ください

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

阪大様式有

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか  はい  いいえ

コピ可

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

98. 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。

抗体検査結果及び胸部レントゲン検査結果報告書

大阪大学医学部附属病院長 殿

1. 研修・実習者氏名 \_\_\_\_\_

2. 抗体検査結果等

項目	検査日	検査結果	(検査で保留・陰性者の) ワクチン接種日
風疹	年 月 日	陽性・保留・陰性	年 月 日
麻疹	年 月 日	陽性・保留・陰性	年 月 日
水痘	年 月 日	陽性・保留・陰性	年 月 日
流行性 耳下腺炎	年 月 日	陽性・保留・陰性	年 月 日
B型肝炎	年 月 日	陽性・保留・陰性	(1回目) 年 月 日
			(2回目) 年 月 日
			(3回目) 年 月 日

3. 胸部レントゲン検査結果

検査日	年 月 日	異常の有無	有・無
-----	-------	-------	-----

上記のとおり相違ないことを確認し報告いたします。

養成機関等の

名 称 \_\_\_\_\_

長の氏名 \_\_\_\_\_ 印

(裏面の注意事項を参照のこと。)

## 1. 抗体検査結果について

- ※ 医療機関はウイルスに曝露される可能性が極めて高い機関の一つです。本院で研修・実習等を行うにあたり、感染予防対策を目的として、各種抗体検査で保留・陰性と判定された場合には、抗体を獲得するため、そのウイルスに対するワクチン接種を受けることが望まれます。
- ※ 研修・実習等開始までに、全ての項目で検査結果が陽性となるか、ワクチン接種が終了しない場合、研修・実習等の一部または全部を制限する場合があります。

## 2. 胸部レントゲン検査結果について

- ※ 検査の結果、異常があった場合、活動性結核が否定されるまで、本院で研修・実習等を行うことはできません。

## 3. その他

- ・抗体検査結果の証明書
- ・健康診断結果（胸部レントゲン検査の結果(1年以内)がわかるもの）

上記書類は、貴機関にて相違ないことをご確認のうえ保管願います。

施設名 南大阪病院

所在地 大阪府 #90

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

---

---

---

99. 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 加古川中央市民病院

所在地 兵庫県 #91

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  
※当院の受入基準を満たしていること。当院様式の報告書をご提出ください。  
・ 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 [ ]  
詳しくは、当院ホームページに掲載しておりますので、必ずご確認ください。

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

---

---

---

100. 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

実習受入申請書、ワクチン接種おじい、感染症(抗体保有)検査報告書、契約書、セキソカード利用申請書  
(すべて当院様式のもの) 詳しくは当院ホームページをご確認ください。

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

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

COVID-19 ワクチン接種証明書

または

COVID-19 PCR検査陰性証明書

101. 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 神戸大学医学部附属病院

所在地 兵庫県 井93

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

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

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

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

研修願書

(当院指定の様式を総合臨床教育センターHPよりダウンロード願います)

102. 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
  - ・ 麻疹，風疹，水痘，ムンプス，B型肝炎
  - 結核（胸部レントゲン）、季節性インフルエンザ（12～3月は必須）
- 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
- ・ 病院実習・研修委託契約書、病院実習・研修施設利用申込書
  - 個人情報に関する誓約書

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
  - ・ 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。

施設名 奈良県立医科大学附属病院

所在地 奈良県 #96

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

抗体価及びワクチン接種調査票、健康チェック表

105. 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  
協定書、実習承認申請書、実習終了報告書

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

## 健康チェック表

養成機関名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

月/日	本日の体調								2週間以内の状況				確認員 (病院側)
	体温	鼻汁		喉の痛み		咳		その他の 症状記載	身近な人が風邪又は 肺炎に罹った		大人数で集まるイベントや 飲食を行ったか		
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	
月 日	℃	有	無	有	無	有	無		はい	いいえ	はい	いいえ	

- ① 実習時に、各学校で人数分準備すること。
- ② 毎日、来る前に体温等チェックし、実習開始前に実習担当者に確認してもらうこと。
- ③ 健康チェック表を提出しなかった場合は、臨床実習への参加は認めない。
- ④ 実習開始 5日前から記入すること

## 抗体価及びワクチン接種調査票

養成機関名

---

氏名

---

## ■ 実習前調査項目

項目	はい	いいえ
1. HBs 抗体 $\geq$ 10 mIU/mL 以上である.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 麻疹ワクチンを 2 回以上接種したことがある, または EIA 法による IgG 抗体価が 16 以上である.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 風疹ワクチンを 2 回以上接種したことがある, または HI 法による抗体価, または EIA 法による IgG 抗体価が 8 以上である.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 水痘ワクチンを 2 回以上接種したことがある, または EIA 法による IgG 抗体価が 4 以上である.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ムンプスワクチンを 2 回以上接種したことがある, または EIA 法による IgG 抗体価が 4 以上である.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 新型コロナウイルスワクチンを接種した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(コメント欄

)

※ 1～5の項目は、実習にあたり万が一それぞれ患者さんに接触した際に感染しないための基準、もしくは実習者自身がそれぞれの感染症を発症しないことを保証する基準となります。全ての項目で「はい」となることが基本となります。1～6の項目に一つでも「いいえ」にチェックがついている場合でも実習を禁止するものではありませんが、感染症に注意が必要であることを認識下さい。

(別 紙)

年 月 日

## 誓 約 書

奈良県立医科大学  
附属病院長 殿

学校名 (所属名)

学 年

年

実習生名

印

私は、貴院での実習に当たり、下記の事項を遵守することを誓約します。

## 記

- 1 附属病院長その他の関係職員の指示に従うこと。
- 2 附属病院の諸規則を遵守し、実習中及び実習終了後も実習により知り得た秘密を他に漏らしてはならないこと。
- 3 実習期間中に、故意又は過失により、附属病院の施設、備品等を損傷した場合又は自身若しくは第三者に損害を与えた場合には、その責任を負うこと。
- 4 遵守事項に反したこと又は附属病院の業務上実習生の受入れ継続が困難となったことにより、実習を停止され、又は実習の承認を取り消されても、損害賠償等を求めないこと。