

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

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。

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〔 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

・ 研修申請書 ・ 同意書 ・ 自己健康管理票

・ 職についている者は、所属機関の長の承諾書

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

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

別記様式（第3条関係）

研 修 申 請 書

年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

住 所

氏 名

貴院において、下記のとおり研修を受けたいので許可くださるよう申請いたします。

記

研修生氏名	研修期間及び日数	研 修 内 容

※複数名申請される際は適宜、行の追加をお願いします。

- 添付書類
- 1 履歴書
 - 2 健康診断書
 - 3 免許証の写
 - 4 職についている者は、所属機関の長の承諾書

※研修者の所属機関等が支払われる場合は、以下の記載をお願いします。

請求書送付先：

請求書宛名：

所属機関等ご連絡先

部署名：

TEL：

MAIL：

2023年6月7日
(病院実習生・研修生等用)

島根大学医学部附属病院実習・研修等における感染対策

島根大学医学部附属病院にて実習・研修等を行う際は、以下の感染対策を遵守してください。

A. 実習・研修等に参加する学生の方

1. 体調確認

(1) 実習・研修等開始前14日からの行動履歴及び実習・研修等開始2日前から開始当日までの健康状態を自己健康管理表に記載し、初日に持参する。

(2) 各自、毎朝実習・研修等前に自己健康管理表を確認・記載する。

① ひとつも該当項目がなければ、実習・研修等に参加する。

② ひとつでも該当項目があれば実習・研修等は見合わせ、電話などで受入れ部署の判断を仰いでください。

2. 手洗いの徹底

3. サージカルマスクの着用

【実習・研修初日にご提示いただく書類】(提示先: 受入れ部署)

● 自己健康管理票

B. 実習・研修等に参加する学生以外の方(医師・看護師など社会人)

1. 問診票による確認

2. 手洗いの徹底

3. サージカルマスクの着用

C. 職場見学(リクルート目的を含む)の学生 (1, 2日など短期間の見学を想定)

1. 問診票による確認

2. 手洗いの徹底

3. サージカルマスクの着用

B, Cは受入等担当診療科もしくは担当部署にて体調確認を行ってください。

誓 約 書

令和 年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

所属
氏名 印

私は、島根大学医学部において研修を行うに当たって、貴学の「個人情報取扱規則」を理解し、下記の事項を遵守することを誓います。

記

1. 私は、研修期間中、貴学部の指示・指導に従います。
2. 私は、研修生として貴学部及び貴職員の職務の信用を傷つけ、又は不名誉となるような行為は一切いたしません。
3. 私は、研修期間中に知り得た秘密及び個人情報を、研修中及び研修終了後においても第三者に漏らしません。
4. 私は、上記の事項に反した場合は、貴学部及び貴職員又は被害を受けた第三者に対して自ら責任を負います。

令和 年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

〇〇〇病院
病院長 〇〇 〇〇 印

下記の者が貴院にて研修することを承諾します。

記

1. 職・氏名 〇〇病院 〇〇〇部
看護師 □□ □□
2. 期間 令和〇〇年〇月〇日～令和〇〇年〇月〇日（計〇日間）
3. 内容 〇〇年度 島根大学医学部附属病院〇〇セミナー
〇〇カンファレンス、回診、講義による研修

施設名 恩賜財団 岡山済生会総合病院

所在地 岡山県 #整理番号 99

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 [体温記録表 (ホームページリンク)]

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

6) に記載
https://www.okayamasaiseikai.or.jp/resident_ent/

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。

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 [結核, 胸部X線検査記録 ※すべて様式あり]

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ワクチンの接種記録(3回以上)、その他HPに記載の書類

1) 研修生申請書 2) 履歴書(任意の様式で可) 3) 誓約書 4) ウイルス抗体価等検査結果証明書 参考) 実習生・研修生等の受入れに関する感染管理上の注意

<https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/index352.html>

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
特にごさいません

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しております、予めご了承ください。

実習生・研修生等の受入れに関する感染管理上の注意

感染制御部
総務課

実習生・研修生等は医療関係者であり、受入れにおいても受入れ責任者の責任の元、職員と同等の感染対策が求められる。書類は本人及び受入れ責任者が内容を確認し、少なくとも3年間保管するものとする。

- ① 小児ウイルス疾患（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）について
 - ・実習生・研修生等の受け入れ手続きに当たっては、別紙①のフローチャート及び別紙②の判断基準の目安により小児ウイルス疾患に係る抗体検査やワクチン接種を求めること。また、抗体検査結果及びワクチン接種の証明書の提出を求めること。
 - ・ワクチン不反応者及びワクチンに対するアレルギー等の医学的な理由によりワクチン接種できない者については、医師の診断書を提出することにより実習・研修の受け入れを許可することがある。
 - ・小児ウイルス疾患の抗体陰性で、ワクチン接種が完了していない実習生・研修生等については、原則として小児領域やBCRなど免疫抑制がある患者が入院する部署での実習等は認めない。
- ② B型肝炎について
 - ・B型肝炎については、抗体検査を実施し、抗体陰性の者はワクチン接種すること。また、抗体検査結果及びワクチン接種の証明書の提出を求めること。
 - ・ワクチンに対するアレルギー等の医学的な理由によりワクチン接種できない者については、医師の診断書を提出することにより実習・研修の受け入れを許可することがある。
- ③ 結核について
 - ・胸部X線写真の医師の所見及びクオンティフェロン又はT-Spotテスト結果の提出を求めること。
 - ・胸部X線写真は、実習生等の学生である者は12か月以内、患者と接する業務に従事する研修生等の既就労者にあつては3か月以内の撮影とすること。
- ④ インフルエンザについて
 - ・10月1日から2月末日までの間に実習・研修等に従事しようとする場合は、インフルエンザのワクチン接種を求めること。

⑤ 海外からの受け入れに当たっての特例

※外国人であっても、留学等ですでに日本に在住している場合、日本人であっても海外に在住している場合は、地域や年数によって一概には決められないので感染制御部に事前に問い合わせること。

- (1) 海外からの受け入れに関しては、原則、全例において上記①～④に係る感染対策に準ずること。
- (2) 抗体検査の結果、日本の基準を適応できない可能性が高いため、可能な限りワクチン接種記録（1歳以上で2回以上の予防接種歴）を確認すること。
- (3) 実習生・研修生等の居住国において上記の感染性疾患への対応が困難と判断される場合は、受入担当者は事前に病院長に受け入れについて協議すること。
- (4) 判断に困る場合は感染制御部に相談すること。

☆別途マニュアル

7. 実習生・研修生に関すること

(3) 海外からの受け入れフローチャート

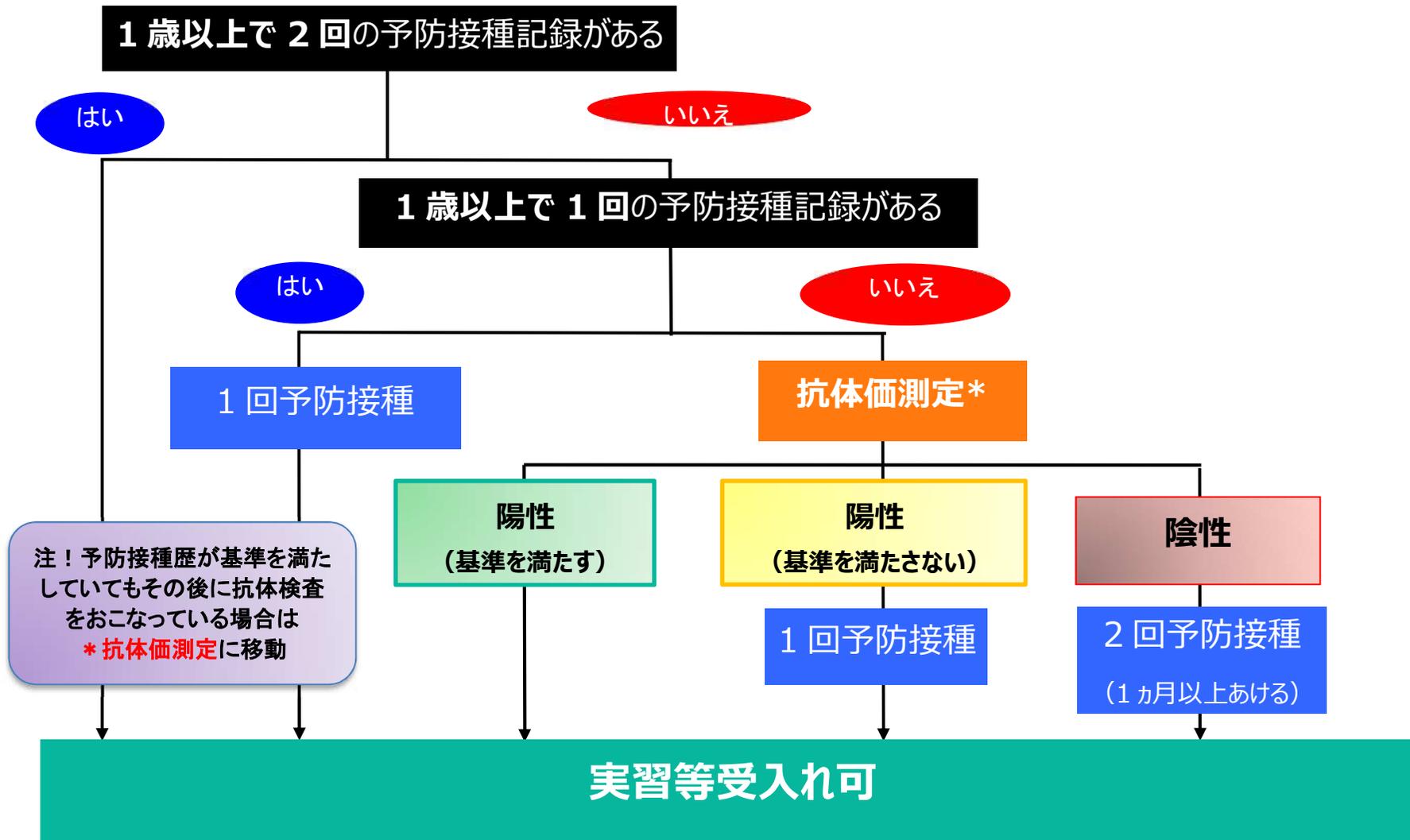
(4) 海外からの受け入れに係る結核対策についてを参照のこと

⑥ その他

- ・指導及び助言のため招聘する医師等の学外者については、原則として、上記①～④に係る感染対策（証明書の提出を含む）を講じるものとし、胸部X線写真は12か月以内に撮影したものをを用いること。
- ・国内在住の者で業務開始の時点で満60歳以上の者については、上記①～③に係る感染対策のうち、胸部X線写真のみ必須とし、その他は必要に応じ対策を講じること。
- ・証明書等については、受入診療科等において基準を満たすか確認のうえ、原本を受入終了後少なくとも3年間が経過するまで受入診療科等で保管すること。

2015年12月7日承認	
2017年2月14日改訂	
2017年12月26日改訂	
2018年3月20日改訂	
2018年6月26日改訂	
2019年6月10日改訂	冒頭部分に定義を追加。海外からの受け入れ(日本人でも外国在住の場合、外国人でも日本に在住の場合)を追加。 別途作成した海外からの受け入れに関するマニュアルを確認する旨を追加。 証明書の保管期間を3年以上と決めた。
2021年9月改訂	表ウイルス4疾患の検査方法と判断基準の目安の改訂(第3版より)

【実習等受入れに係るウイルス感染症予防接種のフローチャート】



☆2回の予防接種歴が明確であれば抗体価測定不要

表. ウイルス 4 疾患の必要予防接種回数 (予防接種の記録がない場合)

	あと 2 回の予防接種が必要	あと 1 回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA 法 (IgG) 2.0 未満 PA 法 1 : 16 未満 中和法 1 : 4 未満	EIA 法 (IgG) 2.0 以上 16.0 未満 PA 法 1 : 16、1 : 32、1 : 64、1 : 128 中和法 1 : 4	EIA 法 (IgG) 16.0 以上 PA 法 1 : 256 以上 中和法 1 : 8 以上
風疹	HI 法 1 : 8 未満 EIA 法 (IgG) (A) 2.0 未満 EIA 法 (IgG) (B) ΔA0.100 未満 ※ : 陰性 ELFA 法 (C) 10IU/mL 未満 LTI 法 (D) 6IU/mL 未満 CLEIA 法 (E) 10IU/mL 未満 CLEIA 法 (F) 抗体価 4 未満 FIA 法 (G) 抗体価 1.0AI 未満 FIA 法 (H) 10IU/mL 未満 CLIA 法 (I) 10IU/mL 未満	HI 法 1 : 8、1 : 16 EIA 法 (IgG) (A) 2.0 以上 8.0 未満 EIA 法 (IgG) (B) 30IU/mL 未満 ELFA 法 (C) 10 以上 45IU/mL 未満 LTI 法 (D) 6 以上 30IU/mL 未満 CLEIA 法 (E) 10 以上 45IU/mL 未満 CLEIA 法 (F) 抗体価 4 以上 14 未満 FIA 法 (G) 抗体価 1.0 以上 3.0AI 未満 FIA 法 (H) 10 以上 30IU/mL 未満 CLIA 法 (I) 10 以上 25IU/mL 未満	HI 法 1 : 32 以上 EIA 法 (IgG) (A) 8.0 以上 EIA 法 (IgG) (B) 30IU/mL 以上 ELFA 法 (C) 45IU/mL 以上 LTI 法 (D) 30IU/mL 以上 CLEIA 法 (E) 45IU/mL 以上 CLEIA 法 (F) 抗体価 14 以上 FIA 法 (G) 抗体価 3.0AI 以上 FIA 法 (H) 30IU/mL 以上 CLIA 法 (I) 25IU/mL 以上
水痘	EIA 法 (IgG) 2.0 未満 IAHA 法 1 : 2 未満 中和法 1 : 2 未満	EIA 法 (IgG) 2.0 以上 4.0 未満 IAHA 法 1 : 2 中和法 1 : 2	EIA 法 (IgG) 4.0 以上 IAHA 法 1 : 4 以上 中和法 1 : 4 以上
おたふくかぜ	EIA 法 (IgG) 2.0 未満	EIA 法 (IgG) 2.0 以上 4.0 未満	EIA 法 (IgG) 4.0 以上

※ ΔA は、ペア穴の吸光度の差 (陰性の場合、国際単位への変換は未実施)

- A : デンカ生研株式会社
- B : シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス
- C : シスメックス・ビオメリユール株式会社
- D : 極東製薬工業株式会社
- E : ベックマン・コールター株式会社
- F : 株式会社保健科学西日本
- G : バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社
- H : バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社
- I : アボットジャパン株式会社

[参考]医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版、日本環境感染学会 2020

注意 検査方法は、上記の検査方法に限るものとする。検査受診の場合はご注意ください。

岡山大学病院の推奨検査方法: EIA法(IgG)

表. ウイルス 4 疾患の検査方法と判断基準の目安

疾患名	検査方法	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) 推奨	陰性	± ~ 16.0	16.0 以上
	PA 法	<1:16	1:16、32、64、128	1:256 以上
	NT 法	<1:4	1:4	1:8 以上
風疹	HI 法	<1:8	1:8、16	1:32 以上
	EIA 法 (IgG) 推奨	陰性	± ~ 8.0	8.0 以上
水痘	EIA 法 (IgG) 推奨	<2:0	2.0 ~ 4.0	4.0 以上
	IAHA 法	<1:2	1:2	1:4 以上
	NT 法	<1:2	1:2	1:4 以上
流行性 耳下腺炎	EIA 法 (IgG) 推奨	陰性	±	陽性

〔参考〕

医療関係者のためのワクチンガイドライン第 2 版、日本環境感染学会、2014

(注意) 検査方法は、上記の検査方法に限るものとし
ます。検査受診の際は御注意ください。

別紙様式

研 修 生 申 請 書

令和 年 月 日

岡山大学病院長 殿

住 所
(所在地)

申請者

氏 名
(団体の場合は
団体名及び団体の長)

印

貴院で研修生として研修指導を $\left(\begin{array}{c} \text{受けたい} \\ \text{受けさせたい} \end{array} \right)$ ので、受入れを許可して下さるよう
 お願いします。

記

- 1 研修者氏名 (男・女)
(生年月日) (年 月 日生)
- 2 期 間 自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日
- 3 研修を希望する職種
- 4 研修を希望する部科名
- 5 所有している免許
- 6 添付書類
イ) 履歴書
ロ) _____ 免許証の写し

以 上

※研修生が複数の場合は別紙に記載のうえ併せて提出のこと。

感染対策に係る抗体価検査等の証明について(依頼)

以下の者に係る証明をお願いいたします。

受入診療科等		氏名	生年月日	性別 男・女
受入身分			西暦 年 月 日生(昭和・平成 年)	

当院では感染対策のため4種のウイルス(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(ムンプス))とB型肝炎に関する免疫能があること、及び活動性結核を有しないことを証明した証明書の提出を求めています。

4種のウイルスに関しては、今までに2回以上ワクチンを接種しているか、18歳以降に抗体検査などを行っており、基準(別紙:ウイルス4疾患の検査方法と判断基準の目安)を満たしていることが必要です。ワクチンを2回接種していたらその後の抗体価検査は不要です。

B型肝炎に関しては、抗HBs抗体価が10mIU/ml以上であること、またはB型肝炎ワクチンを3回以上接種していることを確認して、証明してください。

この証明書は、提出日から逆算して3ヶ月以内に作成してください。

ウイルス抗体価等検査結果証明書

(見学・実習等受入れ用)

4種ウイルス

各疾患ごとに(1)または(2)のどちらかを選択してください。ワクチン接種の確認は親子手帳や接種した医療機関の証明書をご確認の上、記載をお願いします。該当する結果に をしてください。

(1) ワクチン接種2回		(2) 抗体検査と結果に応じたワクチン接種				
項目	ワクチン接種日(西暦)	検査日(西暦)	検査方法	測定値	結果	ワクチン接種日(西暦)
麻疹	年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	年 月 日
	年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	年 月 日
風疹	年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	年 月 日
	年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	年 月 日
水痘	年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	年 月 日
	年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	年 月 日
ムンプス	年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	年 月 日
	年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	年 月 日

B型肝炎

HBs抗体 陽性基準 10mIU/ml以上。実際の値の記載と該当する結果に をしてください。

B型肝炎ワクチンシリーズ(全3回接種)を完了した時期を以下に記載すること。

B型肝炎	HBs抗体 検査日 年 月 日 測定値 陽性・陰性
	3回目のワクチン接種時期: 年 月

結核検査の報告

IGRA検査(クオンティフェロン or T-SPOT)及び胸部X線検査を行い、検査方法、結果等を様式に従い記載ください。

IGRA	検査日(西暦)	検査方法	測定値	結果
	年 月 日	クオンティフェロン T-SPOT		陽性・陰性・判定保留
胸部X線	撮影日(西暦)	診断日	結果(所見)	
	年 月 日	年 月 日		

注意

- ・異常を認めた場合は、精密検査を要求することがあります。
- ・胸部X線画像診断は、既就労者は必ず受入日から3ヶ月以内の画像を用いること。
- ・検査結果(4種ウイルス抗体価、HBs抗体価、IGRA測定値)のコピーを添付すること。

上記の結果のとおり相違ないことを証明する。

西暦 年 月 日

医療機関名
及び住所

医師氏名

誓約書

岡山大学病院長 殿

私は、岡山大学病院における実習等（実習等とは、下記に記載するもの及び準ずるものとする。）において、以下の事項を厳守して取り組むことを誓約し、署名します。

1. 実習等の期間中、岡山大学が定める諸規則及び個人情報の取扱いに関する規定を遵守します。
2. 実習等の期間中に知り得た個人情報は、その期間中及び終了後においても第三者に一切口外いたしません。また、実習等に必要な範囲を超えて個人情報を収集いたしません。
3. 個人情報を含む資料等の管理に関しては、置き忘れ、紛失、盗難等がないよう細心の注意を払います。また、外部への持ち出しはいたしません。
4. 規律ある行動をとり、指導者等の指示に従って実習等を誠実に履行いたします。
5. 実習等の期間中に自己の故意または過失により、貴院・関係者あるいは第三者に対し、事故、器物破損、個人情報等及び機密情報の漏えいその他の損害を与えた場合は、その補償の責任を負うことを承諾します。

*実習等とは、下記に記載するものを指す。

- ・受託実習
- ・研修(病院研修生として受入内規に定められたもの)
- ・その他、上記に準ずるもの

令和 年 月 日

所属機関：_____

氏名（自署）：_____

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな		年 月 日生 (満 歳)	顔写真 添付 (3cm×4cm)
氏 名 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</div>			
現住所 (〒 -)			
TEL		Email	
連絡先 (〒 -)			
TEL		Email	
年	月	学 歴 ・ 職 歴	
取得年月日		所有免許・資格 (医療に関する免許・資格)	

施設名 川崎医科大学附属病院

所在地 岡山県 #整理番号 101

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

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 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 所在地 岡山県 #整理番号 102

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

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 国立大学法人 広島大学病院

所在地 広島県 番整理番号 103

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

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

・ 病院研修生許可願

・ 官公署又は会社等に在職しているものはその所属長の承認書（様式問わない）

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 国立大学法人 山口大学医学部附属病院 所在地 山口県 井整理番号 104
 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

特になし

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。

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 []

* 本院指定の様式があります

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

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

個人情報についての誓約書（本院指定の様式）

提出書類は①誓約書②同意書③抗体調査票④各種免許証（看護師など）写し⑤履歴書

※①～③は当院指定の様式となります。

研修生から提出していただく書類や規定などは徳島大学病院HPに掲載しておりますので
ご確認よろしくお願いたします。

<https://www.tokushima-hosp.jp/training/practical.html>

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

病院研修生申請書（本院指定の様式）

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あります、予めご了承ください。

別記第1号様式（第3条第3項関係）

（和暦） 年 月 日

徳島大学病院長 殿

誓 約 書

私は、個人情報保護関連法及び別紙「べからず10箇条」を十分理解し、これを遵守します。

私は、研究、実習又は業務許可期間中等はもちろん徳島大学病院を離れた後においても、知り得た患者及び病院関係者の個人情報を、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。

所属・職名

氏 名

印

【個人情報の保有】

1. 個人情報は目的外で利用するべからず

個人情報は、業務遂行の目的のみの利用とし、それ以外で取扱ってはいけない
業務上必要のない担当患者以外の情報への、無断アクセス・閲覧・出力は禁止する

2. 個人情報を勝手に持ち出すべからず

個人情報は、病院外へ原則持ち出さない。特別の理由があり持出す場合は、病院長の指示に従う¹⁾
(ただし徳島大学蔵本地区内に限る)

病院外に持出しされた個人情報は可能な限り匿名化し、それを含むデータは暗号化する

3. 独自の判断で個人情報を保有するべからず

個人情報を PC 等の情報機器や USB メモリ等の可搬記録媒体に複製及び保存して、あるいは紙媒体として保有しない

私有の情報機器や可搬記録媒体に個人情報を保存しない

【個人情報の取扱い】

4. 個人情報を公開するべからず

廊下、売店、食堂、エレベーター等、患者や来院者等の第三者に容易に聞こえる場所で、患者の病状や診療状況等を話さない

ホームページ、ブログ、SNS を通じて、インターネット上に個人情報を公開しない

5. 個人情報の記載されたファイルや書類を安易に捨てるべからず

不要になった個人情報を含むファイルやデータは確実に破棄する (例: 「ゴミ箱に入れる」だけでなく「ゴミ箱を空にする」操作を行う)

個人情報の記載書類は、ゴミ箱に廃棄せず、シュレッダーで裁断する

6. 電子メール等で重要な情報を送るべからず

個人情報を電子的に送る場合は、「文書共有サービス (学内限定)」を利用する²⁾

FAX を利用する際は、宛先や送信元を念入りに確認し、誤送信しない

7. 防犯意識を忘れるべからず

HIS 端末の置かれた診察室や処置室等の執務室は、不在時に必ず鍵をかける

個人情報の紛失・盗難時には、所定の規則³⁾に従い、速やかに対応する

【情報機器の取扱い】

8. 病院情報システム (HIS) は許可を得た者・方法以外は利用するべからず

HIS の利用者 ID とパスワードは厳重に管理し、他人には教えない

HIS 端末は、業務以外の目的で利用しない

可搬記録媒体は、承認を得た暗号化機能付きを使用し、使用前はウイルスチェックを忘れない

不正アクセスやシステム異常を発見した場合は、速やかに病院情報センターへ連絡する

9. 外部から個人情報が見える状態で使うべからず

受付、診察室、ナースステーション等の HIS 端末で個人情報を閲覧する場合は、画面等から個人情報が、第三者に容易に見える状況にしない

離席時は、HIS 端末のログオフを徹底し、個人情報を表示したままにしない

個人情報が記載された指示書、同意書、メモ等の書類を、第三者が容易に見える場所に置かない、そのまま放置しない

10. 独自の判断で HIS 端末の設定を変更するべからず HIS 端末に無許可のソフトウェアをインストールしない

プリンタ等の追加接続やネットワークケーブルの接続変更を許可なく行わない

【参考資料】**1) 徳島大学保有個人情報の保護に関する規則 第15条**

徳島大学病院保有個人情報の保護に関する規則 第8条

職員等は、業務上の目的で保有個人情報を取り扱う場合であっても、次に掲げる行為については、病院総括保護管理者の指示に従い行う。

- (1) 保有個人情報の複製
- (2) 保有個人情報の送信
- (3) 保有個人情報が記録されている媒体の外部への送付又は持出し
- (4) その他保有個人情報の適切な管理に支障を及ぼすおそれのある行為

徳島大学病院における情報セキュリティ管理規則 第9条

2) <https://nc.ait.tokushima-u.ac.jp/apps/files/>

ただし、非公開の個人情報や要配慮個人情報であって、セキュリティの侵害が情報主体の生命、財産等へ重大な影響を及ぼすおそれがある情報又は組織の財産に多大な影響を及ぼすおそれがある情報(機密性を主体とした重要性分類3)の一部は、本サービスも利用できない。

なお、機密性を主体とした重要性分類2以下は、「ファイルお預かりサービス」を利用すれば、大学外への電子的な送信が可能である。

情報資産の分類例

https://www.ait.tokushima-u.ac.jp/ait-cont/doc/security/policy_ext002.pdf

徳島大学情報セキュリティポリシー

<https://www.ait.tokushima-u.ac.jp/ait-cont/doc/security/policy.pdf>

ファイルお預かりサービス (徳島大学情報センター)

<https://fts.ait.tokushima-u.ac.jp/>

3) 徳島大学病院個人情報保護マニュアル 第4節 緊急時の対応**4 緊急時連絡網**

事故が発生した時点で責任者に連絡がつかず対応が遅れるということは絶対に避けなければならない。

このため、緊急時連絡網は、平日、休日・夜間に分け、「個人情報関連事件、事故発生時の連絡体制(図表5)」に整備する。

実習生及び研修生等の個人情報について

徳島大学病院

1. 当病院において実習生及び研修生等から取得した個人情報は、各種法令に基づいた院内規程を守った上で、下記の目的に利用します。
 - (1) 人事管理
 - (2) 病院の安全管理体制の確保
2. 実習生及び研修生等の個人情報は、あらかじめご本人の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、法令に基づく場合は、提供する場合があります。
3. 当病院が示す利用目的の中で同意しがたい事項がある場合には、その旨お申し出ください。なお、同意及び留保は、お申し出により、いつでも変更できます。
4. 利用目的に掲げる事項について同意がいただけない場合は、実習生（研修生）の方の実習（研修）の遂行に支障が出る場合があります、ご本人の不利益となる場合があります。
5. 自己の個人情報についての提供を当病院に求めることができます。また、個人情報の保護に関する法律に基づく権利として、次の権利があります。
 - (1) 所定の手続きの上、自己の個人情報の開示を請求することができます。
 - (2) 開示を受けた自己の個人情報の内容について、所定の手続きの上、訂正、追加又は削除を請求することができます。
 - (3) 開示を受けた自己の個人情報が不適切な取扱いをされていると思われる場合は、所定の手続きの上、自己の個人情報の利用の停止、消去又は提供の停止を請求することができます。
 - (4) 開示を受けた自己の個人情報の利用目的について、所定の手続きの上、利用目的の通知を請求することができます。
6. 上記1～5に掲げることについて、説明が必要な場合、相談や苦情がある場合、個人情報の開示を求める権利及び開示の結果、当該情報が誤っている場合に訂正等を要求する場合、その他不明な点等がありましたら、下記にご連絡ください。

この書面に関する連絡先

所在地：〒770-8503 徳島市蔵本町2丁目50番地の1
担当：徳島大学病院総務課
電話：088-633-7006
ファックス：088-633-7009
Email：bsoumuc@tokushima-u.ac.jp

※ 個人情報保護管理者：廣瀬 隼

実習生及び研修生等の個人情報についての同意書

病院長 殿

個人情報に関する事項について、「実習生及び研修生等の個人情報について」の文書により内容を確認し理解しましたので、ここに同意します。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ (直筆サイン)

平成 29 年 6 月

手引の内容が一部更新されています (R5.8~)
(抗体調査票は前回からの変更なし)

徳島大学病院において実習及び研修を
される学校・施設の責任者の方へ

徳島大学病院長
感染制御部長

実習及び病院研修における感染対策のご協力をお願い

皆様方におかれましては、医療従事者の育成にご尽力され、心から感謝と敬意を表します。

当院では、貴施設の実習及び研修生における感染予防に努めるため「実習中の感染対策の手引き」を作成しております。実習開始までに読んでいただくよう配布をお願いいたします。

また、原則実習・研修の開始までに各自でワクチン接種をしていただいております。引率教員の皆様においても、実習・研修期間中に患者と直接接触する機会が考えられる方については、学生同様、抗体価を把握のうえ、事前にワクチン接種をお願いしております。

* ワクチン接種については以下をご参照下さい。

「実習中の感染対策の手引き」 7. ワクチン接種について

「別紙 2 実習における健康管理のための麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン接種の注意点」

「別紙 3 徳島大学病院での実習及び研修生の抗体調査票」

本主旨をご理解いただき、実習及び研修を開始される際には、「別紙 3 実習及び研修生の抗体調査票」により調査いただき、他の必要書類と併せてご提出ください。

いただいたデータについては、厳重に管理し、当院の感染対策業務以外には使用いたしません。

また、提出した抗体調査票の内容によって当院内での実習に不利益は生じません。

ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

(書類送付先)

〒770-8503

徳島市蔵本町 2 丁目 50 番地の 1

徳島大学病院 総務課専門研修係

TEL: 088-633-9976

FAX: 088-633-9543

E-mail: bsenkenk@tokushima-u.ac.jp

(抗体調査票内容に関する問い合わせ先)

徳島大学病院 感染制御部

TEL: 088-633-7305

実習中の感染対策の手引き

令和5年8月
徳島大学病院感染制御部

病院で実習する際には、患者さんと接する機会が多くあります。患者さんの中には何らかの感染症に罹患されている方がいますので、自分自身を感染から守る注意が必要になります。

大学病院には抗がん剤や免疫抑制剤を投与されている方や臓器移植後の患者さんも多数受診したり入院したりしています。これらの患者さんは感染症にかかりやすい方が多く、風邪や胃腸炎でも重症になり命に関わる場合があります。このような患者さんに医療従事者から病原微生物を感染させることがあってはいけません。

そのため病院に従事する職員は、感染症に十分な注意を払いながら患者さんの診療にあたっています。学生の実習に際しても職員と同様の感染対策の知識と対応が必要です。

実習に当たっては以下のことに十分注意して下さい。

特に新型コロナウイルスに関しての対策は、流行状況にあわせて変更することがあります。随時、徳島大学の基本方針・対応を確認（大学ホームページの「新型コロナウイルスへの対応について」を参照：<https://www.tokushima-u.ac.jp/about/virus/>）して下さい。

*感染症診断時・濃厚接触時などの報告は、所属する学部学科の指示に従い、すみやかに感染制御部へ連絡されるようにしてください。

1. 手指衛生

病院環境には、清掃しても菌やウイルスが生き残っている場合もあります。患者さんと直接接することがなくても、このような病原微生物は、人の手を介して広がります。病室の出入りの際、診察の介助や処置の前後には液体石けんと流水による手洗い、もしくはアルコールによる擦式消毒法を実施して下さい。血液や体液、創部などに触れた場合は、ただちに十分な流水による手洗いが必要です。手指衛生は感染対策の基本となります。

2. 手袋

血液・体液や排泄物に触れる時、創のある皮膚や粘膜に触れる時、あるいは血液・体液で汚染された物品に触れる時は手袋を着用する必要があります。手袋を外した後はただちに手指衛生をして下さい。

3. マスク

常時マスク着用の徹底をお願いします。マスクのノーズピースを鼻に密着させ、鼻から顎までしっかり覆うように着用して下さい。

4. 防護具

血液や体液などで衣服が汚染される可能性がある場合は、撥水性で非浸透性のプラスチックエプロン等を着用します。また、血液や体液などが飛散し、目・鼻・口を汚染する危険がある場合にはサージカルマスクとゴーグルを着用します。

5. 針刺し・切創、粘膜・皮膚曝露

針刺し等の血液曝露時により、肝炎ウイルスやヒト免疫不全ウイルス（HIV）の感染の可能性があります。針刺し等により感染するウイルスの中でB型肝炎はワクチンによって感染の予防が可能ですので、医療従事者や学生は積極的にワクチンを受けておく必要があります。

感染を予防するためには、針刺し等を起こさないことが最も重要です。針やメスを扱う時には緊張感を持ち自身や他人に針が当たらないよう十分注意して下さい。使用済みの針は再びキャップをすることをせず、速やかに廃棄ボックスに廃棄して下さい。

もし、針刺し等が発生した場合には、あわてずにすぐに傷口を流水でしっかり洗い流して下さい。傷口の血液の絞り出しや消毒は感染防止のエビデンスはありません。その後各部門の責任者や指導者に速やかに報告をして下さい。針刺し後であっても適切な対応をすることにより感染の危険性を少なくする事ができます。

また、体液に曝露する可能性がある処置を行う際は、必ずゴーグルまたはフェイスシールドを装着して下さい。もし、体液が眼に飛散した場合は流水で洗い流し、すぐに各部門の責任者や指導者へ報告して下さい。

6. 健康管理

学校で行われている健康診断は必ず受けておく必要があります。また発熱など体調の悪いときは教員または実習責任者に報告・相談して下さい。

1. 学校において予防すべき感染症（別紙1）を発症した場合（可能性がある場合を含む）

1) 学生から大学への連絡：学生は、所属する学部等の教員または実習責任者に、すみやかに連絡・相談し、欠席あるいは自宅待機等の対応指示を受けて下さい（所属する学部学科によっては教務担当事務にも連絡するよう指示されている場合があります）。

注) 発熱、咳、咽頭痛、鼻水、倦怠感、下痢、嘔吐、皮疹・水疱、結膜充血、頭痛等の症状がある場合は、学校において予防すべき感染症（別紙1）である可能性があるので医療機関を受診して下さい。

注) 带状疱疹では、空気感染を起こすことがあるため、病変部が露出していなくても、免疫力低下が考えられる者や乳幼児等との接触の可能性がある実習は控えて下さい。初期診断が困難な場合が多いため、体幹部等に水疱が出現した場合は、带状疱疹の可能性を考え、医療機関を受診し、指導教員に相談して下さい。

注) 上記疾患（可能性を含む）の場合は、他人との接触状況に応じて、接触者の発症を予防するために、徳島大学病院感染制御部に相談して、接触者の検査やその予防内服が必要になる場合があります（免疫力が低下している患者や乳幼児との接触の場合等）。

2) 出席停止期間

一般的には学校保健安全法による出席停止期間に従って下さい。詳細については、別紙1のとおりとします。

* 「〇〇した後△日を経過するまで」とした場合は、「〇〇」という現象が見られた日の翌日を第1日として算定する。

2. 新型コロナウイルスに対する対応

「新型コロナウイルス感染症への対応について（蔵本地区学部学生・大学院生共通）」ならびに「授業の実施等について」に従って下さい（大学ホームページの「新型コロナウイルスへの対応について」に掲載）。所属する学部・学科から診療エリアでの実習に関する規定が示されている場合はそれにも従って下さい。

3. インフルエンザに対する対応

1) インフルエンザ感染に関しては下記の一般的注意を遵守して下さい。

- ・うがい、手洗い、咳エチケットを励行する。人混みを避け、外出時はマスクを着用して下さい。
- ・症状のある人に近寄らないようにして下さい。
- ・インフルエンザ感染の有無に関わらず、ごく軽微な発熱、咳、咽頭痛、鼻水のみの場合であっても、症状がわずかでもあれば常時必ずマスクを着用して下さい。

2) インフルエンザ感染者と濃厚接触した場合

- ・濃厚接触とは「双方がマスク無しで1メートル以内の接触」（接触時間を問わない）およ

び症状出現前日から発病後5日目までの接触が該当します。

- ・接触後5日間は、常にマスクを着用し、咳エチケット励行、毎日繰り返し体温を測定する等、感染拡大防止と体調チェックに特に努めて下さい。
 - ・教員または実習責任者と相談し、マスクを装着していても、免疫力低下のある人や患者との濃厚接触は控えるなどの対応を行って下さい。（医療面接や診察を行わない、接触を避ける）。
- 3) 発熱、咳、咽頭痛、鼻水、倦怠感、下痢、嘔吐等のインフルエンザ感染症を疑う症状がある場合
- ・程度や診断確定の有無によらず、臨床実習責任者に電話で相談し、欠席・自宅待機等の指示を受けて下さい。
- 4) インフルエンザ（疑いを含む）に罹患した場合
- ・教員または実習責任者に連絡して下さい（所属する学部学科によっては教務担当事務にも連絡するよう指示されている場合があります）。土日祝日である場合は、感染制御部へ連絡して下さい（連絡先は別紙4）。その際に症状出現前日から発病後5日目までに不特定多数と濃厚接触した事実がある場合は、学生はその旨を伝えて下さい。
 - ・学生は濃厚接触した相手にインフルエンザ罹患について連絡し、上記2)の対応を取るよう依頼して下さい。
 - ・臨床実習参加停止期間および出席停止期間は、上記1の2)の規定に従うこと。
- 附記：臨床実習学生はインフルエンザワクチンの接種を受けることを推奨する。新型インフルエンザの場合は、上記に加えて別途対応が必要になる可能性が高いため、その情報に留意して下さい。
4. 臨床実習学生が麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎（ムンプス）発症者と濃厚接触した場合の対応
- 1) 当該疾患についての抗体価が不明な場合は医療機関を受診し、すみやかにその抗体価の検査をして下さい。
- * ワクチンを接種していても抗体陽性化率は100%ではないため、抗体価を測定していない場合は、抗体陰性者と同様に扱います。
- 2) 抗体価が判明するまで、および抗体陰性の場合、潜伏期間と感染期間を考慮して、感染性を持つ可能性がある期間については、当該学生は下記の対応を行います。
- (1) 常時、外科用マスクを着用して下さい。
- (2) 免疫不全患者との接触を特に避ける（医療面接や身体診察等を行わない）。
- (3) 体調管理に特に留意し、症状出現時は校医や最寄りの医療機関を受診し、発症時にはすぐに教員または実習責任者に連絡して下さい。
- 注）感染性を持つ可能性がある期間は下記とします
- | | |
|---------------|-----------------|
| 麻疹 | 初回曝露5日～最終曝露21日 |
| 水痘 | 初回曝露10日～最終曝露21日 |
| 風疹 | 初回曝露7日～最終曝露21日 |
| 流行性耳下腺炎（ムンプス） | 初回曝露12日～最終曝露21日 |
- 3) 麻疹および水痘については、医療機関を受診し、暴露早期の発症予防について、専門医の判断を受けることを推奨します（下記を参考とすること）。
- (1) 麻疹は72時間以内のワクチン接種（ただし免疫不全者、妊婦には禁忌）または6日以内のグロブリン投与が発症予防に有効とされています。
- (2) 水痘は120時間以内のワクチン接種（ただし免疫不全者、妊婦には禁忌）、96時間以内のグロブリン投与、曝露後10日からアシクロビルの内服が発症予防に有効とされています。
- 附記：臨床実習を開始するまでに麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎（ムンプス）の抗体価を検査し、抗体陰性の場合、臨床実習開始までにワクチン接種を推奨します。

5. 臨床実習学生に関する附記事項

1) 口唇ヘルペス（単純ヘルペス）

臨床実習責任者への連絡・相談を行い、痂皮形成終了するまで、手指衛生の徹底とマスク着用（病変部の露出を避ける）を行うことで、原則として臨床実習参加は可とします。

2) マイコプラズマ感染症

原則として抗菌薬内服後症状改善し、校医または最寄りの医療機関より実習許可が出てから実習再開とします。特に発熱や激しい咳がある場合は、臨床実習への参加を控えて下さい。

3) ノロウイルス

症状が持続している間は実習に参加できません。症状消失後も1か月程度は便からウイルスが排出されるため、その期間は、特に流水と石けんによる手洗いを徹底して下さい。

6. 海外渡航からの帰国後の徳島大学病院における感染症対応について

1) 新型コロナウイルスの流行期間中の海外渡航に関する臨床実習での対応については、海外からの帰国後に対面臨床実習に参加できない期間の設定を含め、所属する学部学科の指示に従ってください。

2) 厚生労働省、外務省の渡航情報等から、1類感染症（エボラ出血熱、ペスト、ラッサ熱等）や新たな新興再興感染症等の感染リスクがある地域へ渡航し、帰国後3週間以内に徳島大学病院で実習（見学型実習や病院エリアで行われる研究室配属や卒業研究等を含む）を履修する予定がある学生については、これらの感染症患者への接触、発症の有無に関わらず、徳島大学病院での実習を制限する場合があります。

3) 海外渡航時は、下記サイト等にて感染症や安全に関する情報収集を行い、自己健康管理や安全対策に努める。

・厚生労働省検疫所「FORTH」：<http://www.forth.go.jp/>

・外務省海外安全ホームページ：<http://www.anzen.mofa.go.jp/>

・Fitfortravel：<http://www.fitfortravel.nhs.uk/home.aspx>

4) 海外渡航から帰国後は健康状態を自己管理し、問題があれば、速やかに実習を中止し、医療機関を受診して下さい。

7. ワクチン接種

B型肝炎・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎はワクチン接種により予防することが可能です。少なくとも自身が免疫を獲得していない疾患については、ワクチン接種によって免疫を獲得しておく必要があります。徳島大学病院では職業感染予防、健康管理のために、これらの疾患の抗体価が陰性あるいは陽性でも基準を満たさない場合には、臨床実習までに原則各自で最寄りの医療機関等にてワクチン接種を受けることを推奨しています。また、インフルエンザワクチンは毎年接種する必要があります。新型コロナウイルスワクチンも適宜接種が必要です。ただし、アレルギーや特別な事情がある場合はこの限りではありません（別紙2「実習における健康管理のための麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン接種の注意点」参照）。

徳島大学病院での実習を履修する学生へのワクチン対応については、徳島大学病院からの要請に基づいて原則として下記のとおりとします。

- 1) 「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版—環境感染学会—」に則り運用する。
- 2) 徳島大学病院指定の調査票（別紙3：徳島大学病院での実習及び研修生の抗体調査票）に、抗体価やワクチン接種歴等の必要事項を記載して、所属学部担当部署を通して徳島大学病院に提出する。
- 3) 抗体価測定結果及びワクチン接種を証明できる書類については、針刺し等の発生により感染対策上必要になった場合に、徳島大学病院感染制御部が確認する場合があるため、学生個人と所属学部担当部署とで保管する。

4) B型肝炎ワクチンについて

B型肝炎は実習中の針刺しや粘膜曝露、血液が付着した環境表面からわずかな傷を介して感染する可能性があります。

- (1) ワクチンは、0、1、6 か月後の3回接種（1クール）を行う。
- (2) HBs 抗体価については、CLIA 法等精密測定（mIU/mL）で抗体測定を行う。
- (3) 1クルールのワクチン接種の1～2ヶ月後に抗体価の再検査を行い陰性（10mIU/ml 以下）であった場合には、1クール追加接種を推奨する。その後に抗体価の確認を行い、10mIU/mL 以上であれば免疫獲得として終了。
- (4) 2クール接種を行っても抗体の陽性化が見られなかった場合には、ワクチン不応者として血液体液暴露に際しては嚴重な対応と経過観察を行う。

5) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチンについて

市中での流行時などに、知らない間に感染し、症状のない潜伏期間中に学生さん同士や患者さんへ疾患を移す可能性があります。

- (1) 別紙2「実習における健康管理のための麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン接種の注意点」に従って行う。
- (2) 麻疹、風疹、水痘、ムンプス（流行性耳下腺炎）の抗体価は、EIA法（IgG）で測定する。
- (3) 麻疹、風疹、水痘、ムンプスのワクチン接種の基準
 - ・次項の表を参照し、ワクチン接種が必要な場合は接種を推奨する。

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法（IgG）2.0未満	EIA法（IgG）2.0以上16.0未満	EIA法（IgG）16.0以上
風疹	EIA法（IgG）(A)2.0未満 EIA法（IgG）(B)△A0.100未満 ※：陰性	EIA法（IgG）(A)2.0以上8.0未満 EIA法（IgG）(B)30IU/ml未満	EIA法（IgG）(A)8.0以上 EIA法（IgG）(B)30IU/ml以上
水痘	EIA法（IgG）2.0未満	EIA法（IgG）2.0以上4.0未満	EIA法（IgG）4.0以上
ムンプス	EIA法（IgG）2.0未満	EIA法（IgG）2.0以上4.0未満	EIA法（IgG）4.0以上

※△Aは、ペア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

A：デンカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG）なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス（エンザイグノストB風疹/IgG）なお、15IU/ml未満の場合は第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

*第5期定期接種は、2019年～2022年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

(注) 詳細については「一般社団法人 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版」を参照すること

別紙1

1) 学校において予防すべき感染症の第一種感染症については、以下のとおりとする。

臨床実習参加停止期間：治癒するまで

学生の出席停止期間：治癒するまで

(注) 第一種感染症： エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）及び鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る。）、中東呼吸器症候群

2) 第二種および流行性角結膜炎については、以下のとおりとする。

感染症	臨床実習参加停止期間	学生の出席停止期間
インフルエンザ(鳥インフルエンザおよび新型インフルエンザを除く)	発症した後5日を経過し、かつ症状が消失し、解熱した後2日を経過するまで。 *「発症」とは発熱を目安とする。	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで。 *「発症」とは発熱を目安とする。
麻疹	発疹が出現後4日後まで。	解熱した後3日を経過するまで。
風疹	発疹出現後7日後まで。	発疹が消失するまで。
流行性耳下腺炎(ムンプス)	耳下腺腫脹9日後まで。	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで。
水痘・帯状疱疹 *いずれの場合も病変部の露出を避けること。	水疱痂皮化形成終了まで (水痘、帯状疱疹とも)。	すべての発疹が痂皮化するまで (水痘のみ)。
結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。
百日咳	内服開始から7日間。	特有の咳が消失する、または、5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療終了まで。
咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで。	主要症状が消失した後2日を経過するまで。
新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後24時間を経過するまで。 *「発症」とは症状出現時を目安とする(インフルエンザと異なり発熱が無い場合もある)。	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後24時間を経過するまで。 *「発症」とは症状出現時を目安とする(インフルエンザと異なり発熱が無い場合もある)。
髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで。	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで。
流行性角結膜炎(EKC)	発症後2週間。	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

3) 第三種感染症については、以下の通りとする。ただし、流行性角結膜炎は上記2)の通りとする。

臨床実習参加停止期間：病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

学生の出席停止期間：病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

(注) 第三種感染症：コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎

4) 新型コロナウイルス感染者の臨床実習参加停止期間・学生の出席停止期間については感染制御部にご相談ください。

別紙2

＜実習における健康管理のための麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン接種の注意点＞

注意1) 生ワクチン（麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン）の妊娠についての共通注意点

妊娠可能な女性においてはあらかじめ約1ヶ月間避妊した後接種すること、およびワクチン接種後2ヶ月間は妊娠しないように厳重に注意すること。麻疹風疹混合ワクチン、麻疹ワクチン、風疹ワクチンの接種に当たっては、妊娠している人は接種不相当者（接種禁忌者）に該当します。ワクチンの成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな人、3ヶ月以内にガンマグロブリンの注射（大量療法の場合は6ヶ月）あるいは輸血を受けた人も接種不相当者に該当します。

1. 接種不相当者（禁忌）

- ① 明らかな発熱を呈している者
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③ ワクチンの成分*によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者
- ⑤ 妊娠していることが明らかな者
- ⑥ 上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

*タマゴ、硫酸カナマイシン、ラクトビオン酸エリスロマイシンなど能書にて成分を確認

2. 接種要注意者（慎重接種）

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな者
- ② 前回の予防接種で2日以内に発熱のみられた者又は全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ③ 過去に痙攣の既往のある者
- ④ 本剤過去に免疫不全の診断がなされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- ⑤ 本剤の成分に対して、アレルギーを呈する恐れのある者

注意2) 前回到接種した予防接種の種類によってあけるべき間隔が異なります。

- ・麻疹、風疹、BCG、ポリオ、水痘、ムンプス、黄熱ワクチンなど生ワクチンの後は27日以上あけること
- ・インフルエンザ、三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）、二種混合（ジフテリア・破傷風）、日本脳炎、A型肝炎、B型肝炎、狂犬病、肺炎球菌、Hib ワクチンなど不活化ワクチンの場合は、異なるワクチンであれば接種間隔の制限なし、同じ種類のワクチンは決められた接種間隔を守ること
- ・新型コロナワクチンと他のワクチンの間隔は前後2週間以上あけること

注意3) 副反応の報告は、ワクチンによって異なります。

まれにMRワクチンでは、ショック・アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、血小板減少性紫斑病、脳炎およびけいれんなどの副反応が生じる可能性があります。

流行性耳下腺炎ワクチンでは、まれに無菌性髄膜炎、精巣炎、難聴の報告があります。

別紙 3

徳島大学病院での実習及び研修生の抗体調査票

記入日 年 月 日

学校・施設名()

氏名		
氏名フリガナ		
実習・研修期間	年 月 日～ 年 月 日	
職種 学年	<input type="checkbox"/> 医学部()科(年) <input type="checkbox"/> 歯学部(年) <input type="checkbox"/> 薬学部(年) <input type="checkbox"/> 栄養学部学生(年) <input type="checkbox"/> 看護学生(年) <input type="checkbox"/> その他()(年)	
	抗体価	ワクチン接種 ※1)
HBS 抗体 CLIA 法 ※2)	抗体価()mIU/ml <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 年① 月② 月③ 月 <input type="checkbox"/> 無
麻疹抗体 EIA 法※2)	抗体価() <input type="checkbox"/> 2 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 1 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 接種不要	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 接種予定: 年 月 日
風疹抗体 EIA 法※2)	抗体価() <input type="checkbox"/> 2 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 1 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 接種不要	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 接種予定: 年 月 日
水痘抗体 EIA 法※2)	抗体価() <input type="checkbox"/> 2 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 1 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 接種不要	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 接種予定: 年 月 日
ムンプス抗体 EIA 法※2)	抗体価() <input type="checkbox"/> 2 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 1 回接種が必要 <input type="checkbox"/> 接種不要	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 接種予定: 年 月 日
手引き通読※3)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> その他()	
ワクチン未接種理由	<input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他()	

※1) ワクチン接種については「実習中の感染の手引き」の「7. ワクチン接種」と別紙 2、3 参照

※2) 抗体価の測定方法①B 型肝炎: CLIA 法による値②麻疹・風疹・水痘・ムンプス: EIA 法による IgG 値

※3) 「手引き」とは、当院感染制御部から配付された「実習中の感染対策の手引き」のことです。

測定結果及びワクチン接種証明に関する書類は、個人と学校・施設の担当で保管すること

(針刺し等の発生により、感染対策上必要になった場合、確認させていただくことがあります。)

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。

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 []
(申請時点)

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 [抗体基準等は本院案内および記入様式一式を別紙にてご確認ください。]

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

・研修生申請書(本院様式)

・入講許可申請書(駐車場(有料)ご利用の場合)

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

・研修料の振込名義が研修者本人以外の場合、その旨が記載された文書(請求書宛名を振込予定名義で作成いたします)

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。

研修生・研修ご担当各位

研修手続きに関するご案内

当院では病院研修生の受け入れを行っております。受入担当部署との事前調整の後、下記必要書類をご準備の上、研修開始1か月前までにご提出くださいますようお願いいたします。ご不明な点がございましたらメディカルスタッフ高度教育センターまでお問い合わせください。

【提出書類】1～5、8については、研修開始1か月前までにご提出ください

1. 研修生申請書
2. 履歴書
3. 健康診断書（原則3か月以内に受診したもので様式自由、胸部X線検査は必須）
4. 各資格の免許証（写）
5. 「抗体価結果およびワクチン接種状況報告書」またはワクチン接種証明などの書類
6. 入講許可申請書（駐車場をご利用の場合）
7. その他受入部署にて提出依頼のあったもの
8. 研修料の振込名義人が申請者本人以外になる場合、請求書宛名の希望について記載した文書（様式自由）

1、5については下記URLから最新版のWord様式等をダウンロードできます。

<http://www.med.kagawa-u.ac.jp/hosp/medicalstaff/tetuzuki/>

香川大学医学部附属病院（トップページ）→診療科紹介→メディカルスタッフ高度教育センター→受託実習・病院研修手続き

掲載以外の様式については、下記問い合わせ先までお願いいたします。

【提出先・問い合わせ先】

〒761-0793

香川県木田郡三木町池戸 1750-1

香川大学医学部附属病院

メディカルスタッフ高度教育センター

TEL：087-891-5674（直通）

E-mail：msedu-m@kagawa-u.ac.jp

別記様式

研 修 生 申 請 書

令和 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

申請者住所

氏名

貴院において、下記のとおり研修をお願いしたいので申請します。
なお、許可のうえは、研修に際して貴学の諸規則を遵守するとともに、貴院の職員の指示に従います。

記

職 種	研 修 期 間	研 修 内 容

- 添付書類 1 履歴書
2 健康診断書
3 免許証(写)
4 その他必要書類

他施設より見学、実習等受け入れに係る証明書の提出について

本院では、院内感染対策徹底のため、半日以上病院見学・実習、あるいは、時間に関わらず、特定場所(小児病棟、産科病棟、免疫抑制がある患者が入院する病棟、集中治療部、手術室)の見学・実習の場合は、4種流行性ウイルス感染症(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)、B型肝炎、結核について、「**抗体価結果およびワクチン接種状況証明書**」と**根拠となる書類(コピー)**を**見学の1週間前までに提出**いただいています。(実習生・研修生の場合、他の書類とあわせて実習開始1か月前を目安にご提出をお願いしています。)

なお、提出の際には、P2の「フローチャート」をご参照いただき、ワクチン接種が必要な場合は、見学前にワクチン接種を行っていただきますようお願いいたします。

アレルギー等のためワクチン接種が受けられない場合は、別添ワクチン免除申請書をご提出ください。

<提出するにあたっての注意事項>

- ・証明書には、記載した医師の署名、署名者の医療機関名の記載が必須です。
本人による記載は認められません。
- ・証明書に準じる書類が添付できれば、証明書の記載は不要です。

※半日以内病院見学、かつ、特定場所(小児病棟、産科病棟、免疫抑制がある患者が入院する病棟、集中治療部、手術室)の見学を行わない場合は、「抗体価結果およびワクチン接種状況報告書」と証明する書類(コピー)の提出は必要ありません。

香川大学医学部附属病院 病院長

同 感染制御部部长

証明書送付先

〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸 1750-1
香川大学医学部附属病院
メディカルスタッフ高度教育センター
電話:087-891-5674 (ダイヤルイン)

※証明書の内容については、下記にお問い合わせ下さい。

香川大学医学部附属病院 感染対策室
電話:087-891-2377 (ダイヤルイン)

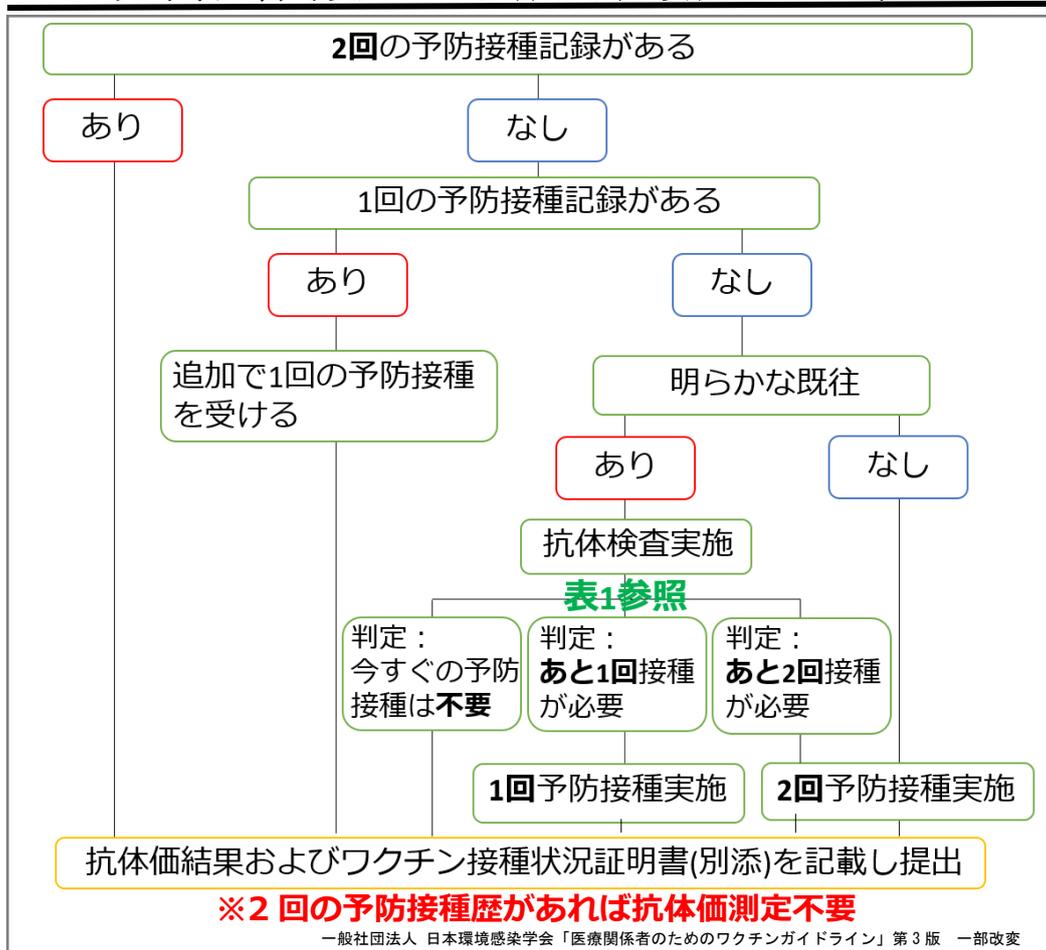


表1 MMRV 抗体価と必要予防接種回数 (予防接種の記録がない場合)

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※：陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満 LTI法 (J) 6IU/mL未満	HI法 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満 LTI法 (J) 6以上35IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL以上 LTI法 (J) 35IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※AAは、ヘア穴の吸光度の差 (陰性の場合、国際単位への変換は未実施)
 風疹 HI法：なお、1:8以下の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 A：デンカ生研株式会社 (ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG)：なお、6.0未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス (エンザイグノストB風疹/IgG)：なお、15IU/mL未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 C：シスメックス・ビオメリュー株式会社 (バイダスアッセイキットRUB IgG)：なお、25IU/mL未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 D：極東製薬工業株式会社 (ランピアラテックスRUBELLA)：なお、15IU/mL未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 E：ベックマン・コールター株式会社 (アクセスルベラIgG)：なお、20IU/mL未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 F：株式会社保健科学西日本 (I-アッセイCL風疹IgG)：なお、抗体価11未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 G：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社 (BioPlex MMRV IgG)：なお、抗体価1.5AI未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 H：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社 (BioPlex ToRC IgG)：なお、15IU/mL未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 I：アポットジャパン株式会社 (Rubella-Gアポット)：なお、15IU/mL未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 J：極東製薬工業株式会社 (ランピアラテックスRUBELLA II)：なお、15IU/mL未満の場合には、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 * 第5期定期接種は、2019年～2025年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

[参考] 一般社団法人 日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」第3版

<情報の管理と目的>

抗体価結果およびワクチン接種状況等については、感染対策室で管理し、院内感染対策や職員の健康管理に利用しています。

抗体価結果およびワクチン接種状況証明書

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年 月 日	西暦	年 月 日	職種

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 【必須】

以下のいずれかの条件を満たす必要があります ※ワクチン2回接種していればその後の抗体価検査不要です

- ・1歳以降に下記疾患のワクチンを4週間以上の間隔を空けての2回接種を証明できる
(2回ワクチン接種歴が分かる書類、あるいは医療機関が発行した証明書等をコピーして添付)
- ・18歳以降に抗体検査を行っており基準を満たしていること(p2フローチャート参照)を証明できる
(検査日・検査法・測定値が分かる書類、医療機関が発行した検査結果等をコピーして添付)

各疾患毎に(1)または(2)のどちらかを選択し、記載をお願いいたします。既往歴の記載は必要ありません。

(1) 2回ワクチン接種		(2) 抗体検査と結果に応じたワクチン接種				
対象	ワクチン接種日(西暦)	検査日(西暦)	検査法 ※いずれかに○	検査値	結果 ※いずれかに○	ワクチン接種日(西暦)
麻疹	① 年 月 日	年 月 日	EIA法		2回予防接種 1回予防接種 予防接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
	② 年 月 日		PA法			
			中和法			
風疹	① 年 月 日	年 月 日	HI法		2回予防接種 1回予防接種 予防接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
	② 年 月 日		EIA法			
			ELFA法			
			LTI法			
			CLEIA法			
			FIA法			
			CLIA法			
水痘	① 年 月 日	年 月 日	EIA法		2回予防接種 1回予防接種 予防接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
	② 年 月 日		IAHA法			
			中和法			
流行性耳下腺炎	① 年 月 日	年 月 日	EIA法		2回予防接種 1回予防接種 予防接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
	② 年 月 日					

2. B型肝炎 ※過去にワクチン接種、検査実施したことがあれば記載

(1)および(2)の記載をお願いいたします。

(1)ワクチン接種歴

クール	ワクチン接種日(西暦)	クール	ワクチン接種日(西暦)
1クール	① 年 月 日	2クール ※1クールで抗体が 付かなかった場合	① 年 月 日
	② 年 月 日		② 年 月 日
	③ 年 月 日		③ 年 月 日

(2)抗体検査

項目	検査日(西暦)	検査方法※いずれかに○	基準	検査値
HBs抗体	年 月 日	EIA法・CLIA法・CLEIA法	10.0mIU/mL以上	

3. 結核 ※過去に検査実施したことがあれば記載

検査方法※いずれかに○	検査日(西暦)	検査結果※いずれかに○
QFT・T-SPOT	年 月 日	陰性・判定保留・陽性

上記の結果のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日 医療機関名 : _____ 医師名 : _____

記載例

抗体価結果およびワクチン接種状況証明書

氏名	フリガナ イダイ タロウ	性別	男 ・女	生年月日	西暦 200X 年 ○月○日	職種	学生
	医大 太郎						

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 【必須】

以下のいずれかの条件を満たす必要があります ※ワクチン2回接種していればその後の抗体価検査不要です

- ・1歳以降に下記疾患のワクチンを4週間以上の間隔を空けての2回接種を証明できる
(2回ワクチン接種歴が分かる書類、あるいは医療機関が発行した証明書等をコピーして添付)
- ・18歳以降に抗体検査を行っており基準を満たしていること(p2フローチャート参照)を証明できる
(検査日・検査法・測定値が分かる書類、医療機関が発行した検査結果等をコピーして添付)

各疾患毎に(1)または(2)のどちらかを選択し、記載をお願いいたします。既往歴の記載は必要ありません。

(1) 2回ワクチン接種		(2) 抗体検査と結果に応じたワクチン接種				
対象	ワクチン接種日(西暦)	検査日(西暦)	検査法 ※いずれかに○	検査値	結果 ※いずれかに○	ワクチン接種日(西暦)
麻疹	①2021年5月15日 ②2021年6月22日	年 月 日	EIA法		2回予防接種	① 年 月 日 ② 年 月 日
			PA法		1回予防接種	
			中和法		予防接種不要	
風疹	①2021年7月20日 ②2021年8月19日	年 月 日	HI法		2回予防接種	① 年 月 日 ② 年 月 日
			EIA法		1回予防接種	
			ELFA法		予防接種不要	
			LTI法			
			CLEIA法			
			FIA法			
			CLIA法			
LTI法						
水痘	① 年 月 日 ② 年 月 日	2021年4月5日	EIA法	34.5	2回予防接種	① 年 月 日 ② 年 月 日
			IAHA法		1回予防接種	
			中和法		予防接種不要	
流行性耳下腺炎	① 年 月 日 ② 年 月 日	2021年4月5日	EIA法	11.0	2回予防接種	① 年 月 日 ② 年 月 日
					1回予防接種	
					予防接種不要	

2. B型肝炎 ※過去にワクチン接種、検査実施したことがあれば記載

(1)および(2)の記載をお願いいたします。

(1)ワクチン接種歴

クール	ワクチン接種日(西暦)	クール	ワクチン接種日(西暦)
1クール	①2021年9月22日	2クール ※1クールで抗体が 付かなかった場合	① 年 月 日
	②2021年10月24日		② 年 月 日
	③2021年3月22日		③ 年 月 日

(2)抗体検査

項目	検査日(西暦)	検査方法※いずれかに○	基準	検査値
HBs抗体	2022年5月28日	EIA法 ・CLIA法・CLEIA法	10.0mIU/mL以上	520.0

3. 結核 ※過去に検査実施したことがあれば記載

検査方法※いずれかに○	検査日(西暦)	検査結果※いずれかに○
QFT・T-SPOT	年 月 日	陰性・判定保留・陽性

上記の結果のとおり相違ないことを証明します。

△△年 ○月□□日 医療機関名 : **◆ ◆** 病院 医師名 : **▽▽** ▽▽

ワクチン免除申請書

香川大学医学部附属病院 病院長殿

申請日： 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日
職種					
ワクチン接種が困難な理由					

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

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 (必須項目) 身長・体重・視力・胸部X線・尿蛋白・尿糖

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 [別に定めているが、写しで可か]

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 ・ 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

下記 当院の「研修生受入許可申請書」に記入している。

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. 当院様式の「研修生受入許可申請書」

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

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

別紙様式第1号

令和 年 月 日

愛媛大学医学部附属病院長 殿

氏 名		印
生年月日	年 月	日生
性 別	男 ・ 女	
住 所		
電話番号		

研修生受入許可申請書

下記のとおり貴院で研修したいので、研修生として受入を許可くださるようお願いいたします。

なお、研修生として受入を許可された上は、貴院の研修生受入規程その他の諸規則を遵守し、指導教員の指示に従うことを誓約します。

記

1 研 修 事 項

〇〇年度認定輸血検査技師制度指定施設研修

2 研 修 希 望 職 種

臨床検査技師

3 研 修 目 的

〇〇年度認定輸血検査技師制度受験に係る施設研修のため

4 研 修 希 望 診 療 科 等

輸血・細胞治療部

5 研 修 期 間 令和〇年〇月〇〇日（〇）～ 令和〇年〇月〇〇日（〇）

添付書類

(1) 履歴書 (2) 健康診断書 (3) 希望職種の免許 (写)

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 ・ あり
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 [コロナワクチン接種証明書の写し]
- 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

研修生申請書 (高知医療センター様式による)
(誓約および健康状態の申し立てを含む)

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。

研修生 申請書

令和 年 月 日

高知医療センター病院長 殿

貴院において、下記の通り研修をお願いします。
また、研修に際しては院内の諸規則を遵守するとともに、貴院の職員の指示に従います。

記

職種	研修期間	研修内容

添付書類 1.免許書(写)
2.その他必要書類

なお、研修にあたっては、健康状態に問題のないことを申し立てます。

氏名

印

(生年月日:

生)

【住所・電話番号】

【勤務先・所属】

【住所・電話番号】

施設名 国立大学法人 高知大学医学部附属病院 所在地 高知県 #整理番号 110
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

当院の「病院研修事前申込書」の提出をお願いし、
病院 HP から取得して下さい。

当院の「病院研修事前申込書」は下記URL

<http://www.kochi-u.ac.jp/kms/sotu5/training/index.html>

メディカルスタッフ部門における実習・研修プログラムの左タグ、中央部の「受け入れについて」にあります。

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

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。