

施設名 国立大学法人 北海道大学病院

所在地 北海道 #整理番号 4

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 ・ インフルエンザ ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応

・ その他〔 検査結果の内容を「院内感染予防対策について」に記載していたため、証明書は不要です。 〕

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

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、個人情報の保護に関する誓約書、院内感染予防対策について

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

研修生の連絡先としてメールアドレスは必須です。

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おります、予めご了承ください。

研 修 願

令和 年 月 日

北海道大学病院長 殿

住 所

氏 名

この度、下記のとおり貴院において研修したいので、別添書類を添えて申請します。

記

1. 研修期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日

2. 研修部署：

3. 添付書類：履歴書 1 通
免許証（写） 1 通

別紙7 (誓約書)

年 月 日

個人情報の保護に関する誓約書

北海道大学病院長 殿

氏名：
(生年月日)

住所：

所属：

受け入れ部署：

私は、「個人情報の保護に関する法律」及びこれに関連する通達・規程や院内の諸規定等を遵守するとともに、下記のとおり、患者さん等の個人情報について、他に流用・漏洩しないことを誓約いたします。

記

1. 個人識別可能な情報は、北海道大学病院から持ち出しません。
2. カンファレンスや症例検討会、講義・実習等を通して得られた個人識別可能な診療情報等は、他に流用・漏洩しません。
3. カンファレンスや症例検討会、講義・実習等を通して得られた個人識別可能な診療情報等が不要となったときは、シュレッダー等により個人識別情報を抹消して破棄します。
4. 病院外での学習等に持ち出す必要がある情報に、個人識別可能な診療情報等が含まれているときは、北海道大学病院が定める匿名化の方法に基づき個人識別情報を匿名化し、北海道大学病院の職員の確認を得た上で、これを持ち出すものとします。
5. 匿名化しても不十分な場合は、北海道大学病院の職員とともに患者さん等に説明の上、同意を得ます。
6. 万一、自ら保管する個人情報が漏洩したことにより、患者さん等及び北海道大学病院に損害が生じたときは、その損害を賠償します。

以上