

施設名 国立大学法人滋賀医科大学医学部附属病院 所在地 滋賀県 井整理番号 78 1/13

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 → 感染症関連証明書
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

病院研修生申込書（様式所定）、患者さんの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

〔*〕

〔2〕

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。

受託実習生の受け入れ手続き

【申請時の注意点】

○必ず受け入れ部署の内諾を得た上で、必要書類を実習開始1ヶ月前を目途に 滋賀医科大学総務企画課文書法規係にご送付下さい。

○感染症関連検査の要・不要の基準となる実習の期間とは、実習の実日数となりますのでご注意ください。

○受付の処理が済み次第、受入許可書、請求書を送付いたします。所定の期日までにお振り込み下さい。

○送付状には、実際に連絡をさしあげる担当者の部署名、お名前、電話番号を明記して下さい。

※受託実習生申請要領及び受託実習生規程をよくお読み下さい。

【申請に際してのお願い】

○送付の際には、封書の表に「受託実習生関連書類在中」と、ご記入願います。

○実習前の打ち合わせ、実習後の評価表の提出等の連絡は、実習部署へ直接送付願います。

【提出書類】

- 1 実習生委託申請書(様式所定)
- 2 実習生の履歴書(様式任意)
- 3 患者さんの個人情報保護に関する誓約書(様式所定)
- 4 実習生の感染症関連証明書(様式所定)

病院研修生の受け入れ手続き

【申請時の注意点】

○必ず受け入れ部署の内諾を得た上で、必要書類を研修開始1ヶ月前を目途に 滋賀医科大学総務企画課文書法規係にご送付下さい。

○感染症関連検査の要・不要の基準となる研修の期間とは、研修の実日数となりますのでご注意ください。

○受付の処理が済み次第、受入許可書、請求書を送付いたします。所定の期日までにお振り込み下さい。

○送付状には、実際に連絡をさしあげる担当者の部署名、お名前、電話番号を明記して下さい。

※病院研修生申込要領及び病院研修生規程をよくお読み下さい。

【申請に際してのお願い】

○送付の際には、封書の表に「病院研修生関連書類在中」と、ご記入願います。

○研修前の打ち合わせ、研修後の評価表の提出等の連絡は、研修部署へ直接送付願います。

【提出書類】

- 1 病院研修生申込書(様式所定)
- 2 研修生の履歴書(様式任意)
- 3 患者さんの個人情報保護に関する誓約書(様式所定)
- 4 研修生の感染症関連証明書(様式所定)
- 5 研修生の医療従事職の免許証(写)

滋賀医科大学医学部附属病院研修生規程

平成16年6月25日制定

令和4年1月18日改正

(趣旨)

第1条 この規程は、滋賀医科大学医学部附属病院（以下「病院」という。）における病院研修生に関し、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「病院研修生」とは、薬剤師等別表に掲げる職種の免許を有し、病院において研修を受ける者をいう。

(受入れの原則)

第3条 病院研修生は、病院の業務に支障のない場合に限り受け入れるものとする。

(申請及び許可)

第4条 研修を受けようとする者は、別記様式1又は別記様式2による病院研修生申請書に履歴書、感染症関連証明書及び免許証の写を添えて病院長に提出しなければならない。

2 病院長は、前項の規定による申請があったときは、選考の上、受入れを許可するものとする。

(研修期間)

第5条 病院研修生の研修期間は、1年以内とする。ただし、受入れの日の属する年度を超えないものとする。

(研修料)

第6条 病院研修生の研修料の額は、別表に定めるとおりとする。

2 第4条第2項により受入れを許可されたときは、研修料の全額を所定の期日までに前納しなければならない。

3 前項の研修料が所定の期日までに納入されないときは、病院長は、病院研修生の受入れ許可を取り消すものとする。

4 既納の研修料は、返還しない。ただし、特別な事由により病院が研修受入れ許可の取消し、研修の中止又は変更をするときは、この限りではない。

5 前項第1項から第4項の規定にかかわらず、特別な事情により研修料を別に定める場合は、これによるものとする。

(研修課程)

第7条 病院研修生の研修課程は、病院長が別に定める。

(病院研修生の遵守義務)

第8条 研修中に知り得た個人情報について、病院長の許可なく複製及び外部への持出

その他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をしてはならない。

- 2 研修前に、病院が実施する病院の理念・基本方針、医療安全・感染制御、情報セキュリティに関するオリエンテーションを受けなければならない。
- 3 研修中は、滋賀医科大学の関係諸規程を遵守しなければならない。
- 4 研修に関しては、病院長の指示に従うものとする。
- 5 病院長は、病院研修生が前2項の規定に違反したとき、病院研修生としてふさわしくない行為があったとき、又は疾病その他の事故により研修の継続が困難であると認めるときは、研修の停止を命じ、又はその者に係る第4条第2項の許可を取り消すことができる。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、この規程の実施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6月25日から施行し、平成16年4月1日から適用する。

附 則

この規程は、平成17年11月15日から施行する。

附 則

この規程は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成20年1月15日から施行する。

附 則

この規程は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年3月10日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この規程は、令和4年1月18日から施行し、令和4年1月1日から適用する。
- 2 この規程の施行日より前に研修の申込手続きが行われているものについては、改正後の第4条の規定にかかわらず、なお従前の例による。

- 備考 添付書類
1. 履歴書 1部
 2. 患者さんの個人情報保護に関する誓約書 1部
 3. 感染症関連証明書 1部
 4. 免許証の写 1部

別記様式2

病 院 研 修 生 申 込 書

令和 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

所属機関の住 所

〃 名 称

代 表 者 名

印

このたび下記の者を病院研修生（ ※ ）として研修をお願いいたしたく必要書類を添付のうえ申請いたします。

なお、研修に際して、病院研修生に関し以下のことを誓約します。

- (1) 貴学の諸規則を遵守するとともに貴病院の責任者の指示に従うこと
- (2) 研修中の事故等に備えて傷害保険等に参加していること

記

研修生名 ()

研修希望期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

※には、薬剤師、看護師、栄養士等の職種を記入してください。

- 備 考 添付書類
1. 履 歴 書 1部
 2. 患者さんの個人情報保護に関する誓約書 1部
 3. 感染症関連証明書 1部
 4. 免許証の写 1部

滋賀医科大学医学部附属病院研修生申込要領

平成 28 年 11 月 15 日 制定

令和 4 年 1 月 18 日 改正

この要領は、滋賀医科大学医学部附属病院研修（以下「研修」という。）の申込にあたり、滋賀医科大学医学部附属病院研修生規程（以下「研修生規程」という。）第 9 条により、必要な事項を定めるものとする。

第 1 条 研修の申込については、本院の研修受入先の部署の長に、研修の日程・研修生の人数及び研修内容等について内諾を得た上で、次に掲げる必要書類を揃えて滋賀医科大学総務企画課文書法規係に提出すること。

また、提出期限は希望研修期間の初日から数えて、20 日前までとする。

- (1) 病院研修生申込書(研修生規程に定めるとおり)
- (2) 研修生の履歴書(様式任意)
- (3) 患者さんの個人情報保護に関する誓約書(別紙 1)
- (4) 研修生の感染症関連証明書(別紙 2)
- (5) 医療従事職の免許証(写)

第 2 条 必要書類の提出が遅れた場合、または、書類に不足があった場合には、研修の受入を拒否することがある。

2 提出書類の内容に変更があった場合、遅滞なく報告すること。

第 3 条 第 1 条第 1 項第 4 号に定める感染症関連証明書については、次に掲げる事項を遵守すること。

2 感染症関連証明書は、研修開始の日からさかのぼって、1 年以内に証明されたものを提出すること。

3 感染症関連証明書は、(別紙 2) にて提出することとし、下記各号に掲げる必要項目を明記すること。

(1) 研修の期間(実日数)が 19 日以内の場合

胸部 X 線検査結果(研修開始の日からさかのぼって、1 年以内のもの)及び結核罹患歴の有無。

(2) 研修の期間(実日数)が 20 日以上の場合

前号の項目に加えて、下記の検査結果(イからオの検査に係る適格基準及びワクチン接種は、別表のフロー図により判断によるものとする。)

ア インターフェロン γ 遊離試験(IGRA)検査(研修終了の日からさかのぼって 2 年以内のもので、T-SPOT 法又は QFT 検査に限る。結果が陽性の場合は、専門医療機関を受診のうえ、診断書を提出するものとする。)

イ 麻疹(ワクチン接種歴、抗体価を提出する場合は EIA 法 IgG に限る。)

ウ 風疹(ワクチン接種歴、抗体価を提出する場合は EIA 法 IgG に限る。)

エ 水痘(ワクチン接種歴、抗体価を提出する場合は EIA 法 IgG に限る。)

オ 流行性耳下腺炎(ワクチン接種歴、抗体価を提出する場合は EIA 法 IgG に限る。)

(3) 血液曝露の可能性がある場合

B型肝炎ワクチンの接種又はHBs抗体（CLIA法）が陽性（10.0以上）の確認。ただし、B型肝炎ワクチンの1シリーズ目接種の終了後の抗体検査において抗体価が陰性の場合は、2シリーズ目の当該ワクチン接種に努めるものとする。

- 4 前項第2号において、抗体値検査の数値が別表の基準値を満たさない場合は、同表に定める指定回数ワクチンを接種し、その証明となるものを提出すること。

また、その場合は、前項に係わらず、抗体値検査結果及びワクチン接種の記録を、（別紙2）に転記し、医師の記名及び押印をしたうえで提出しなければならない。

第4条 研修生の所属する機関の過失によらず、必要書類を第1条に定める期限内に提出できずに、研修の開始を延期することにより、研修生に多大な不利益が生じる場合は、受入部署の長あてに、（別紙3）の様式により病院研修生受入における特別許可を依頼し、承諾を得ること。

- 2 前項により、受入部署の長が病院研修生受入における特別許可を承諾した場合においても、それをもって滋賀医科大学医学部附属病院長（以下、「病院長」という。）が、研修受入を承認するものではないので、留意すること。

- 3 第1項により、病院長が研修開始日を調整することがあるが、研修開始後であっても、病院長の指示に従わない場合には、研修を中止するものとする。

第5条 第1条第1項第3号に定める申込書類は、研修生が自筆で署名すること。

第6条 研修生は、研修中の事故等に備えて傷害保険等に参加するものとする。

第7条 研修申込に関する事務は、総務企画課文書法規係において処理するものとする。

附 則

この要領は、平成28年11月15日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年7月7日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年2月20日から施行する。

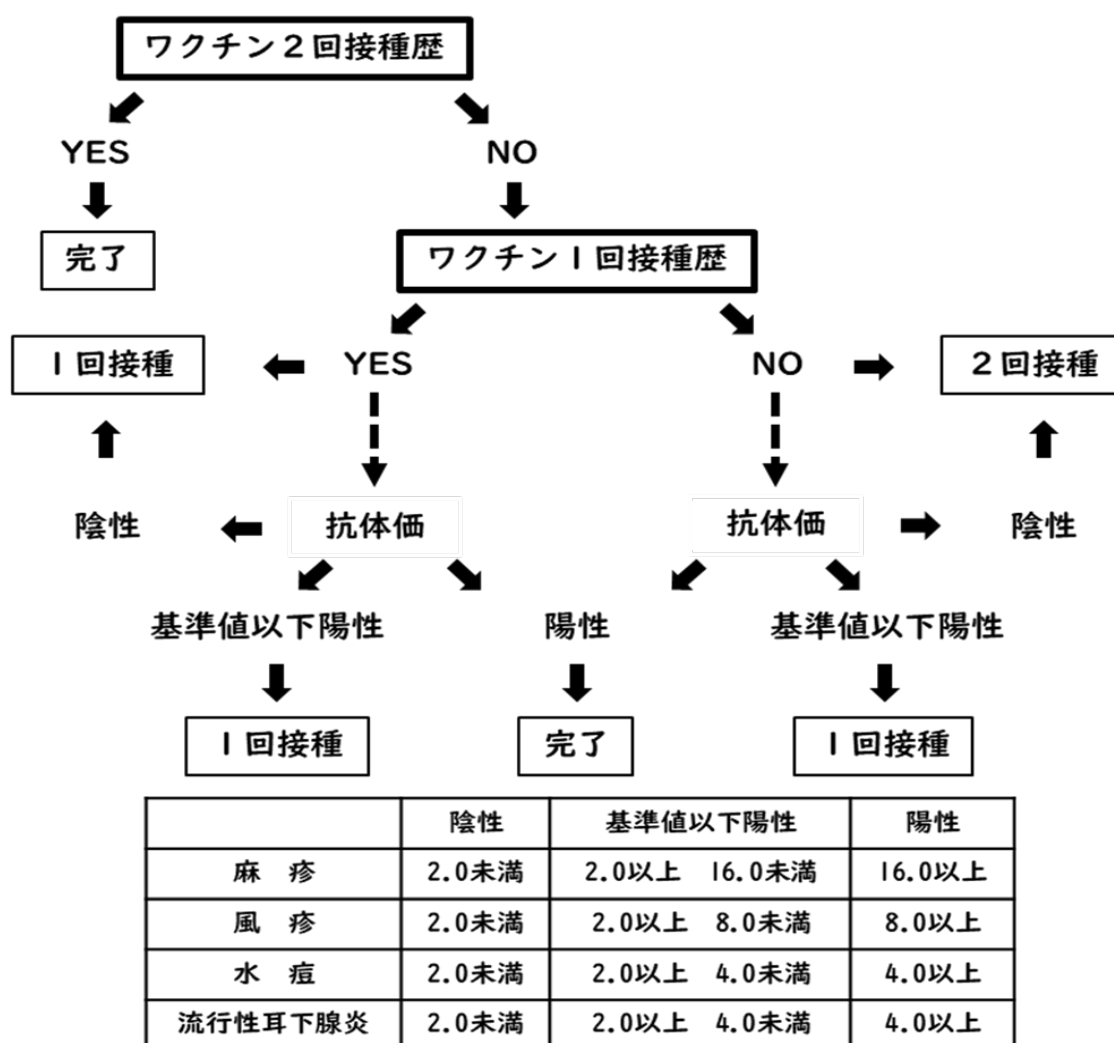
附 則

この要領は、平成30年10月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、令和4年1月18日から施行し、令和4年1月1日から適用する。
- 2 この要領の施行日より前に研修の申込手続きが行われているものについては、改正後の第1条及び第3条の規定にかかわらず、なお従前の例による。

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 ワクチン接種基準 (2022年改訂版)



抗体価は全てIgG EIA法に限る

<研修・実習用>

患者さんの個人情報の保護に関する誓 約 書

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

私は、本院において、患者さんの個人情報の保護に関する院内規則を遵守し、患者さんのデータが第三者に流出することのないよう取扱い及び管理に十分注意いたします。

また、研修・実習中はもちろん、研修・実習終了後においても、研修・実習上で知り得た患者さんの個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守する事を誓います。

____年 ____月 ____日

所 属 _____

氏 名 _____

感 染 症 関 連 証 明 書

氏 名				生年月日	年 月 日
胸部X線 (★必須1年以内)	撮影日	年 月 日	直接・間接	異常 なし・あり	所見：
結核罹患歴	なし ・ あり (発症年月 年 月)				

●附属病院での業務及び研修が20日以上の場合には以下も記入

インターフェロンγ遊離 試験 (IGRA)	検査日 (★2年以内)	検査方法	判定結果	※陽性の場合は、専門医 療機関受診のうえ、診断 書をご提出ください。
	年 月 日	T-SPOT ・ QFT	陽性※ ・ 陰性	

	適格基準 (A, B, C)	ワクチン接種歴及び抗体価測定 (EIA法IgGに限る)				
麻 疹		接種日	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)			
風 疹		接種日	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)			
水 痘		接種日	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)			
流行性耳下腺炎		接種日	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日
		抗体価 (検査日)	(年 月 日)			

本学適格基準 ↓ * ワクチン接種・検査フローは裏面もご参照ください。

- A : 2回のワクチン接種が終了している。
- B : Aは満たさないが、5年以内のEIA法 (IgG) にて抗体価が基準値以上 (陽性) である。
- 麻疹 : 16.0以上 風疹 : 8.0以上
- 水痘 : 4.0以上 流行性耳下腺炎 : 4.0以上
- C : Aは満たさないが、5年以内のEIA法 (IgG) にて、以下の抗体価であったため、検査後に1回ワクチン追加接種を行った。
- 麻疹 : 2.0~16.0未満 風疹 : 2.0~8.0未満
- 水痘 : 2.0~4.0未満 流行性耳下腺炎 : 2.0~4.0未満
- * なお、各種抗体価が2.0未満の場合は、2回のワクチン接種 (基準A) を要する。

●血液曝露の可能性がある場合のみ以下も記入

B型肝炎ワクチン接種を開始している、もしくは抗体検査 (CLIA法) にて陽性 (10.0以上) が確認されていることを必須とします。

1シリーズ目接種	1回目	2回目	3回目
B型肝炎ワクチン	年 月 日	年 月 日	年 月 日
HBs抗体 (CLIA法)	測定値 : (検査日 年 月 日)		

1シリーズ接種終了後の抗体検査にて、抗体価が陰性の場合は、2シリーズ目の接種が行われていることが望ましい。

2シリーズ目接種	1回目	2回目	3回目
B型肝炎ワクチン	年 月 日	年 月 日	年 月 日

上記のとおり、相違ないことを証明します。

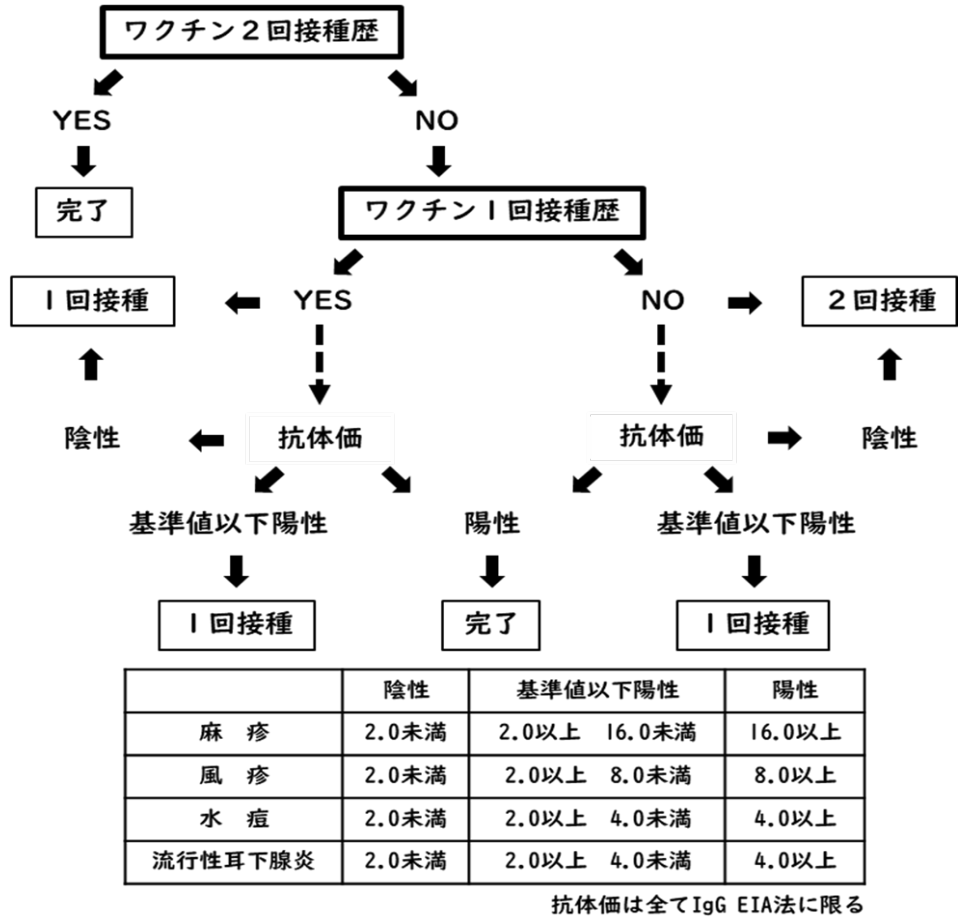
年 月 日

医療機関名

医師名

印

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 ワクチン接種基準 (2022年改訂版)



※滋賀医科大学 記入欄

学校・施設名	実習・研修期間 又は 研究活動・授業等履修期間	実習・研修の受入科・部
※	※令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	※
感染制御部確認欄		保健管理センター確認欄
※	※	

施設名 大阪赤十字病院

所在地 大阪府 井整理番号 83

1/11

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（胸部レントゲン検査、QFTまたはT-SPOTを実施）]

* 抗体価検査等の結果報告書作成にあたっての

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

実習エントリーシート、個人情報保護誓約書、抗体価検査等の結果報告書

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あります、予めご了承ください。

大阪赤十字病院における実習・見学等に際しての留意事項

1. 実習・見学時のルール

- (1) 実習・見学者は、事前に許可を受けた上で、当院職員の指示にもとづき実習・見学を行うものとする。
- (2) 実習・見学中における服務については、当院の職員服務規程を準用し、実習・見学者は関係法令とともにこれを遵守しなければならない。
- (3) 実習・見学場所が病院であることをよく認識し、患者さんや来院者に対して不快感を与えるような言動を慎み、服装についても、指定された名札及び制服、白衣等を着用すること。
- (4) 実習・見学中に部署を離れる際や、期間中の欠席、遅刻及び早退は、予め担当者に申し出て許可を得ること。
- (5) 学校等の実習・見学責任者があるときは、その責任者は当院の指示に従い実習・見学者を指導監督するものとする。

実習・見学者が、上記に違反し、又は実習・見学者として相応しくない行為があった場合は、当院はその実習・見学を停止させる、もしくは実習・見学の受け入れの許可を取り消す。

2. 事故等への対応

- (1) 事故等が発生した場合には、その事態を知った実習・見学者は、実害の有無に関わらず、すみやかに実習指導者ならびに人事課研修係に報告しなければならない。
- (2) 実習・見学者が故意又は過失により当院の施設、備品もしくは患者さん、来院者及び勤務する職員などを含め、当院に何らかの損害を与えた場合は、すみやかに当院と協議してその賠償の責めに当たらなければならない。
- (3) 実習・見学者が実習・見学中に負傷または病気に罹患した場合は、実習・見学者本人、もしくは所属先等の責任において、すみやかに処理しなければならない。

3. その他

- (1) 貴重品は、必ず身につけ各自で管理すること。
- (2) 昼食時、当院の本館7階職員食堂を自己負担で利用することができる。

臨床実習の対応について（大阪赤十字病院）

1. 症状観察について

- 1) 37.3℃以上の発熱
- 2) 咽頭痛
- 3) 咳嗽
- 4) 上記以外の体調不良

2. 健康観察管理表の記載について

- 1) 当院来院前に自宅で体温測定を行う。その時点で、37.3℃以上の発熱が認められた場合や咳や咽頭痛などの風邪症状が認められた場合は、実習担当者へ連絡を行う。
- 2) 実習が休みの日に発熱や風邪症状が認められた場合は、実習日に実習担当者へ報告し、実習の可否を判断してもらい、勝手に当院へ来院しない。
- 3) 当院で実習開始前に体温測定を行う。37.3℃以上また風邪症状がある場合は、実習参加は不可とする。
- 4) 実習終了後体温測定を行う。37.3℃以上また風邪症状がある場合は、実習担当者へ報告し、速やかに帰宅する。

3. 実習中に発熱や風邪症状が出現した場合の対応

- 1) 当院における接触とは関係がない場合
 - 所属機関の指示のもと、医療機関の受診を検討する。
 - 2) 当院における接触と関係がある場合
 - 外来を受診する。PCR 検査または抗原検査が陰性の場合は、症状軽快した日を 0 日として、24 時間経過するまでは実習参加は不可とする。PCR 検査陽性の場合は、発症後（ないし診断確定後）に少なくとも 10 日が経過していること。
- (例) 実習患者が PCR 検査陽性
実習指導医（担当者）PCR 検査陽性
コロナ患者の対応 等

4. 実習中における注意点

実習中においては、自身が濃厚接触者にならない対応をお願いします。

マスクが着用できない患者の対応をする場合は、眼・鼻・口の防護の徹底をお願いします。

抗体価検査等の結果報告書作成にあたっての注意事項

医療機関において、医療関係者（実習生・見学生を含む）が感染症に罹患しないように、また受診者や入院者への感染源とならないように、感染症の罹患状況の把握やワクチン接種が求められています。

当院で実習・研修を行なうにあたり、一般社団法人日本環境感染学会「医療従事者のためのワクチンガイドライン第3版（令和2年7月27日発行）」に基づき、所定の検査・ワクチン接種の実施をお願いします。

● B型肝炎について

- 抗体価測定を行ない、必要に応じてワクチン接種を実施して下さい。

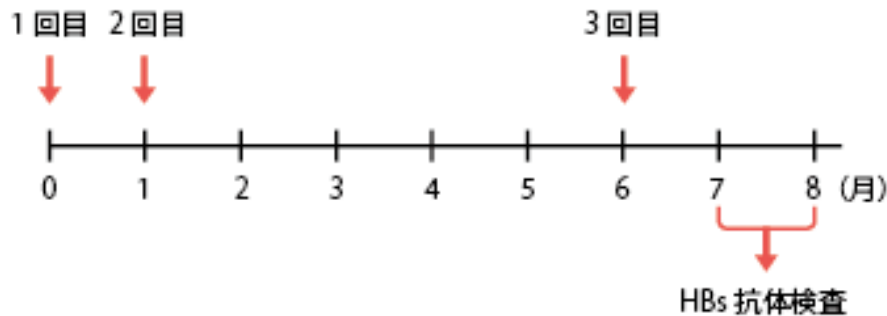
1) HBs 抗体検査で 10mIU/ml 以上の方

HB ワクチンの接種は不要です。

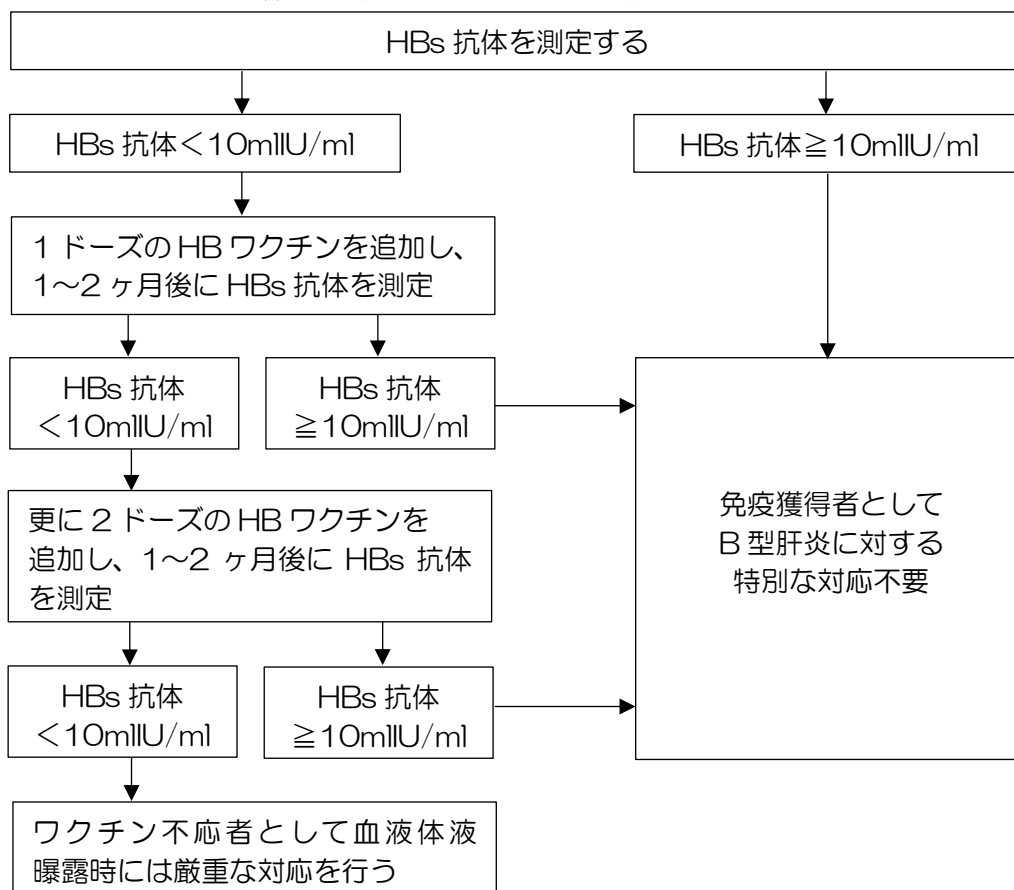
2) それ以外の方

0、1、6 ヶ月後の 3 回接種（1 クール）の HB ワクチンを接種して下さい。なお、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。接種終了後 1～2 ヶ月後に HBs 抗体検査を行い、検査結果が 10mIU/ml 未満の方は、もう 1 クールの接種を検討して下さい。

【ワクチン接種のスケジュール】



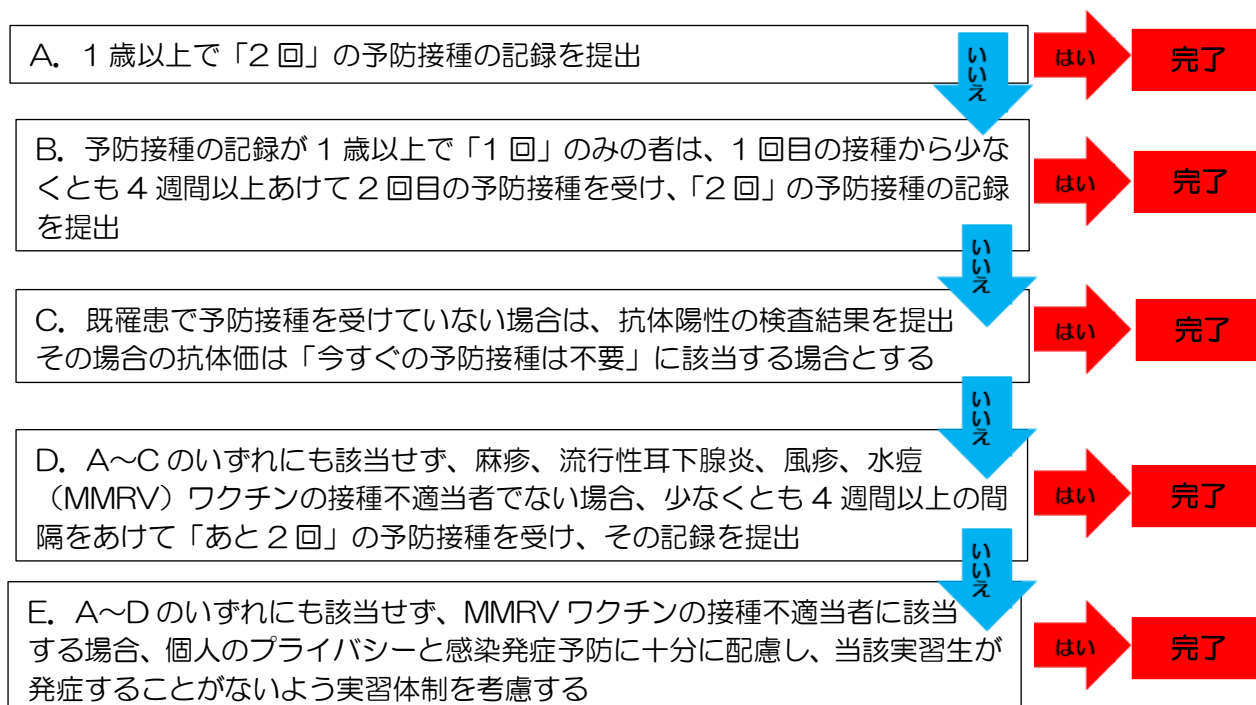
【ワクチン接種歴はあるが抗体の上昇が不明の場合の評価】



● 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎について

- 抗体価測定を行ない、以下の基準に基づき判定して下さい。「今すぐの予防接種は不要」に該当しない場合は、予防接種を実施して下さい。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り、妊娠中や免疫機能異常の場合など、ワクチン接種不適当者は接種できませんのでご注意下さい。

【医療関係者のワクチンガイドライン MMRV 対応フローチャート】



【MMRV 抗体価と必要な予防接種回数（予防接種の記録がない場合）】

疾患名	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) 2.0 未満 EIA 法 (IgG) ΔA0.100 未満 ※陰性 ELFA 法 10IU/ml 未満 LTI 法 6IU/ml 未満 CLEIA 法 10IU/ml 未満 CLEIA 法 抗体価 4 未満 FIA 法 抗体価 1.0AI 未満 FIA 法 10IU/ml 未満 CLIA 法 10IU/ml 未満	HI 法 1:8、1:16 EIA 法 (IgG) 2.0 以上 8.0 未満 EIA 法 (IgG) 30IU/ml 未満 ELFA 法 10 以上 45IU/ml 未満 LTI 法 6 以上 30IU/ml 未満 CLEIA 法 10 以上 45IU/ml 未満 CLEIA 法 抗体価 4 以上 14 未満 FIA 法 抗体価 1.0 以上 3.0AI 未満 FIA 法 10 以上 30IU/ml 未満 CLIA 法 10 以上 25IU/ml 未満	HI 法 1:32 EIA 法 (IgG) 8.0 以上 EIA 法 (IgG) 30IU/ml 以上 ELFA 法 45IU/ml 以上 LTI 法 30IU/ml 以上 CLEIA 法 45IU/ml 以上 CLEIA 法 抗体価 14 以上 FIA 法 抗体価 3.0AI 以上 FIA 法 30IU/ml 以上 CLIA 法 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
流行性 耳下腺炎	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）

- 抗体価及び抗体価の検査方法の記載がある抗体検査証明書の写しを添付するようにして下さい。
- 実習開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、実習内容の一部または全部が制限されることがあります。
- ワクチン接種を完了するには、一定の期間を要する場合がありますので、十分な時間的余裕を持って

受けるようお願いします（少なくとも1回のワクチン接種をお願いします）。

- ・ ワクチン接種を受ける事が出来ない場合など、ご不明な場合はその旨を研修課へご相談下さい。

- **結核対策**

- ・ 実習開始前 1 年以内の胸部レントゲンで異常がないことを確認して下さい。
- ・ 実習開始前 1 ヶ月以内に 2 週間以上続く咳、微熱がみられた場合は、医療機関を受診し胸部レントゲンに異常がないことの証明を受け実習開始日までに当院研修課へご連絡下さい。
- ・ 実習期間が検査後 1 年以降に渡る場合は、再度検査を受け結果の提出をお願いすることがあります。
- ・ 上記に加え、インターフェロン γ 遊離試験（クオンティフェロン（QFT）または（T-SPOT）による結核感染の有無の採血を実施して下さい。

- **インフルエンザ対策**

- ・ 12 月～3 月に実習が行われる場合はワクチンを接種してから実習にのぞむようにして下さい。

- **新型コロナウイルス感染症対策**

- ・ ワクチン接種してから実習にのぞむようにして下さい。

大阪赤十字病院長 殿

養成機関名／医療機関名

〇〇〇〇大学

実習生／研修生氏名：

〇〇 〇〇

B型肝炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法(行った 検査方法に○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	H26 年 4 月 28 日	EIA・CLIA・CLEIA	6.5	10mIU/mL 以上	1 回目：H26 年 5 月 20 日
	H27 年 5 月 30 日	EIA・CLIA・CLEIA	126.5		2 回目：H26 年 6 月 21 日 3 回目：H26 年 11 月 18 日

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

※疾患ごとに、【1】または【2】のどちらかに記載し、その後、確認欄にチェックをお願いします。

※一般社団法人日本環境感染学会「医療従事者のためのワクチンガイドライン第3版（令和2年7月27日発行）」に基づき判定する。

項目	【1】1歳以上で ワクチン2回接種	【2】抗体検査と結果に応じたワクチン接種					確認欄
	ワクチン接種日	検査日	検査方法	測定値	結果の判断 (○をして下さい)	結果に応じた ワクチン接種日	
麻疹	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	R3 年 9 月 6 日	EIA 法	19.8	あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	☒
風疹	1 回目：H29 年 5 月 30 日 2 回目：H29 年 7 月 14 日	年 月 日			あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	☒
水痘	1 回目：R2 年 10 月 15 日 2 回目： 年 月 日	R3 年 9 月 6 日	EIA 法	3.0	あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1 回目：R3 年 10 月 15 日 2 回目： 年 月 日	☒
流行性 耳下腺炎	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	R3 年 9 月 6 日	EIA 法	1.4	あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1 回目：R3 年 11 月 28 日 2 回目：R4 年 1 月 15 日	☒

結核（胸部レントゲン検査、QFT または T-SPOT を実施） ※ツベルクリン反応は不可

項目	検査日(年月日)	検査結果(1つに○)	基準
胸部レントゲン	R3 年 12 月 5 日	異常の有無：有・無	異常無
QFT・T-SPOT (いずれかに○)	R3 年 12 月 5 日	陰性・判定保留 陽性・判定不可	陰性
備考	胸部X線は R3 年 12 月 15 日に精査済み（胸膜癒着）		

上記の者について抗体価検査等について上記のとおり確認しました。

令和 4 年 1 月 30 日

養成機関名/医療機関名

：〇〇〇〇病院

所属長/医師名

： 〇〇 〇〇

大阪赤十字病院長 殿

養成機関名／医療機関名

実習生／研修生氏名：

B型肝炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法(行った 検査方法に○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	年 月 日	EIA・CLIA・CLEIA		10mIU/mL 以上	1回目： 年 月 日
	年 月 日	EIA・CLIA・CLEIA			2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

※疾患ごとに、【1】または【2】のどちらかに記載し、その後、確認欄にチェックをお願いします。

※一般社団法人日本環境感染学会「医療従事者のためのワクチンガイドライン第3版（令和2年7月27日発行）」に基づき判定する。

項目	【1】1歳以上で ワクチン2回接種	【2】抗体検査と結果に応じたワクチン接種					確認欄
	ワクチン接種日	検査日	検査方法	測定値	結果の判断 (○をして下さい)	結果に応じた ワクチン接種日	要件を 満たす
麻疹	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	年 月 日			あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	☐
風疹	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	年 月 日			あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	☐
水痘	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	年 月 日			あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	☐
流行性 耳下腺炎	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	年 月 日			あと2回接種が必要 あと1回接種が必要 今すぐの接種不要	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	☐

結核（胸部レントゲン検査、QFT または T-SPOT を実施） ※ツベルクリン反応は不可

項目	検査日（年月日）	検査結果（1つに○）	基準
胸部レントゲン		異常の有無：有・無	異常無
QFT/T-SPOT (いずれかに○)		陰性・判定保留 陽性・判定不可	陰性
備考			

上記の者について抗体価検査等について上記のとおり確認しました。

年 月 日

養成機関名/医療機関名：

所属長/医師名：

印

実習・見学エントリーシート		
ふりがな		写 真
氏 名	男 ・ 女 (歳)	
所 属	年次生	
実習・見学部署		
実習・見学期間	(西暦) 年 月 日 から 年 月 日 まで	
当院での実習・ 見学を希望した 理由		
実習・見学での 抱負、希望等		

(別紙様式4)

日本赤十字社は、社員をはじめ、寄付者、献血者、患者等に亘る膨大な個人情報を保有しています。業務上知り得た全ての個人情報は、個人情報保護法および社内規程（「日本赤十字社の保有する個人情報保護規程」）に則って、下記のとおり取り扱っています。

1. 個人の情報は利用目的（医療の提供等）のためにのみ使用します。
2. 個人の情報は第三者に提供いたしません。
3. 個人の情報はいつでも開示、訂正、追加又は削除します。
4. 漏えい等を防止するために、厳重な安全管理対策を実施いたします。

個人情報保護に関する取り扱い説明書

【個人情報とは？】

個人情報とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別できるものをいいます。

情報の中に氏名等の具体的な記載がないものであつても、生存する個人を特定することができる場合、また、他の情報と照合することができ、それにより特定の個人を識別することとなるものは個人情報として取り扱います。情報の一部を削除して個人の特定ができないようにしたものは含みません。

【病院にある個人情報とは？】

病院では、一般的な情報（年齢・住所・電話番号等）に加えて、カルテ、レントゲンフィルム、処方箋、紹介状、検体、検査結果報告書などを含む診療情報を保有しています。

これらの個人情報の扱いは、個人の尊厳と並んで直接的に生命・身体にまで大きな影響を及ぼす可能性がある情報であるため、特に慎重に取り扱うべきものとされています。

【実習生が守るべきことは？】

- (1) 個人情報のコピー、印刷、外部への持ち出しは禁止。
- (2) 電子メールによる個人情報の送付は禁止。
- (3) USBメモリ等の記憶媒体への個人情報のコピーは禁止。
- (4) 印刷した個人情報の放置禁止。
- (5) 実習記録、レポート等は、個人の特定ができないよう情報の一部を削除し、匿名化。
- (6) 実習中に知り得た患者および病院職員の個人情報は秘匿。実習終了後も同様。

【漏えいしたら？】

個人情報の漏えい等の事故が発生した場合、個人や社会に多大な迷惑をかけるばかりではなく、日本赤十字社に対する社会的信頼を大きく傷つけ、事業運営にも大きな影響を与えることになります。

万が一、紛失・漏えい等の事故が発生した場合には、その事態を知った実習生は、実害の有無にかかわらず、速やかに実習指導者ならびに人事課研修係に報告します。

(別紙様式5)

個人情報保護に関する誓約書

大阪赤十字病院長 様

私は、貴院において見学・実習を行うにあたり、個人情報保護に関する取り扱いの説明を受けました。

これに基づき、見学・実習期間内はもちろん、終了後も知り得た患者および病院関係者の個人情報を、第三者に故意または過失によって漏えいしないよう守秘義務を遵守するとともに、病院に損害を与えないことを誓約いたします。

年 月 日

所 属 _____

氏 名 _____ ⑩

生年月日（西暦） 年 月 日生 性別 男 ・ 女

本人住所 〒 _____

連絡先 TEL _____

E-mail _____

実習・見学部署 _____

実習・見学期間 年 月 日から 年 月 日まで

施設名 大阪公立大学医学部附属病院

所在地 大阪府

#整理番号 84

1/7

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

当院指定の様式

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いい ※別紙参照

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 [季節性インフルエンザワクチン接種状況（実習期間 11月～3月）]

7) 誓約書は必要ですか

はい ・ いいえ

当院指定の様式 ※別紙参照

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

別紙参照

・ (様式2) 誓約書 ・ (様式3) 履歴書 ・ (様式4) ワクチン接種状況証明書

・ (書式4) 患者様の個人情報保護に関する誓約書

・ 実習受入確認表 ・ 健康管理チェック表

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

別紙参照 (様式1) 実習依頼書

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。

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
・ ～ ・	
・ ～ ・	
・ ～ ・	
・ ～ ・	

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：☐ 異常なし ☐ 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：☐ 接種済(接種日：_____年 月 日) ☐ 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。

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、病気・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

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、個人情報の保護に関する法律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

実習受入確認表

(受入所属 → 人事課へ提出)

実習日	令和 年 月 日 ()
-----	--------------

受入所属名	輸血部
受入責任者	榎本 大

実習内容	認定輸血検査技師施設精度・施設研修指導者手引き規定されている内容。
病院として 受入の必要性	日本輸血・細胞治療学会 認定輸血検査技師制度において研修施設として認定されおり、我国における輸血医療の安全性に寄与していく必要性があるため。

実習依頼元	
-------	--

	実習者名	実習当日体温	過去2週間 新規症状
例	市大 太郎	℃	あり・なし
1		℃	あり・なし
2		℃	あり・なし
3		℃	あり・なし
4		℃	あり・なし
5		℃	あり・なし
6		℃	あり・なし
7		℃	あり・なし
8		℃	あり・なし
9		℃	あり・なし
10		℃	あり・なし

新規症状： 咳・くしゃみ 咽頭痛 息苦しさ 鼻汁 倦怠感 味覚・嗅覚障害

体温が37.5℃以上の場合、または37.5℃未満でも症状が2つ以上ある場合については
見学受入先までご連絡ください。

実習日が複数日の場合には、各日ごとに作成する。

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。

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

※胸部レントゲン検査の結果（1年以内）のみ本院様式に記載ください。
証明書の提出は不要です。

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 []

※本院様式に記載ください。
証明書の提出は不要です。

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

本院様式：別紙「申請書・誓約書（所属機関記入分）」

「抗体検査結果及び胸部レントゲン検査結果報告書」

「申請書・誓約書（研修生本人記入分）」

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

本院様式：別紙「申請書・誓約書（所属機関記入分）」※上記と同じ様式

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。

大阪大学医学部附属病院研修生受入れ要領

(目的)

第1条 この要領は、大阪大学附属病院研修生受入れ規程（以下「規程」という。）第10条の規定に基づき、医学部附属病院（以下「本院」という。）における研修生の受入れについて必要な事項を定めることを目的とする。

(病院研修生に関する提出書類)

第2条 規程第2条第1項の「申請書類」とは、次の各号に掲げる書類とする。

- (1) 大阪大学附属病院研修生申請書（別紙様式1）
- (2) 誓約書（別紙様式2）
- (3) 抗体検査結果及び胸部レントゲン検査結果報告書（別紙様式3）
- (4) 履歴書
- (5) 職種免許証（写）
- (6) その他本院が必要と認める書類

2 前項第5号に掲げる申請書類が交付手続き中である場合は、登録通知書（写）又は合格書（写）を提出し、同書類が交付された後、速やかに同書類の写しを提出するものとする。

(許可)

第3条 病院長は、規程第2条第2項の規定により受入れを許可したときは、別紙様式4を病院研修生に交付する。

(病院研修生の義務)

第4条 病院研修生は、本院の定める諸規則及び指示事項に従い研修しなければならない。

2 病院研修生は、実習期間中に知り得た個人情報について、関係法令等に基づき適正に取扱い、研修終了後においても個人情報の保護しなければならない。

(患者等の同意)

第5条 病院研修生が患者を受け持つ場合、研修指導者は適宜、患者又は患者家族等の同意を別紙様式5により得ることとする。なお、様式に記載している内容を満たしていれば、別様式でも可とする。

2 前項により同意を得た場合は、次の各号に掲げる事項を電子カルテ等に記載するものとする。

- (1) 同意取得日時
- (2) 研修指導者
- (3) 説明者の所属・職名・氏名

(4) 病院研修生氏名

(事故発生時の対応)

第6条 研修に関する事故が発生した場合は、次の各号に従うものとする。

- (1) 病院研修生が器械器具等を破損した場合、病院研修生は直ちに研修指導者に報告し、研修指導者の指示に従う。
- (2) 病院研修生に医療事故又はインシデントが発生した場合、病院研修生は直ちに研修指導者へ報告し、研修指導者の指示に従う。研修指導者は本院医療安全管理マニュアルに基づき対応するとともに本院事務に連絡する。
- (3) 病院研修生に感染事故が発生した場合、病院研修生は直ちに研修指導者へ報告し、研修指導者の指示に従う。研修指導者は本院感染管理マニュアルに基づき対応するとともに本院事務に連絡する。

(事務)

第7条 病院研修生の受入れに関する事務は、本院総務課広報評価係において処理する。

(機関等からの申請)

第8条 申請が機関等からの場合は、大阪大学受託実習生受入れ規程及び大阪大学医学部附属病院受託実習生受入れ要領の該当する条項を準用する。

附 則

この要領は、令和3年9月17日から施行する。

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

申請者

印

大阪大学附属病院研修生申請書

貴院において、病院研修生として、下記により研修を行いたく申請しますので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

職 種 等	研 修 期 間
	自 令和 年 月 日
	至 令和 年 月 日
	日間

注) 職種免許証が交付手続き中である場合は、いったん登録通知書(写)又は合格書(写)を提出し、同書類が交付された後、改めて同書類の写しを提出すること。

令和 年 月 日

誓 約 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

申請者 印

このたび、貴院において研修を許可されましたうえは、下記のとおり誓約します。

記

1. 研修期間中は貴院の定める諸規程及び指示事項に従い、研修生として規律ある行動をとります。
2. 故意または過失により、貴院に損害を与えた場合は、自己の責任において対処します。
3. 研修期間中貴院において、自己の責任による事故等及び不慮の災害等に遭った場合、異議は申し立てません。
4. 研修期間中に知り得た患者の個人情報の取り扱いについては、関係法令等に基づき守秘します。

以上

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 大阪医科薬科大学病院

所在地 大阪府 #整理番号 86

1/2

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

別紙記載のURLより、本学ホームページをご確認いただき、
実習開始1ヶ月前までにご提出いただきますようお願い申し上げます。

※別紙参照

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。

2023 年 9 月 15 日

実習ご担当者様

大阪医科薬科大学
人 事 部 人 事 課

実習手続きの流れにつきまして（ご案内）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

今年度より実習手続きの流れを病院ホームページに掲載いたしましたので、ご報告申し上げます。

また、5 月 8 日より新型コロナウイルス感染症の感染症法上位置づけが変更したことに伴い、本学でも 5 月 12 日より実習受け入れ基準を変更いたしましたので、以下 URL よりホームページをご確認いただきますようお願い申し上げます。

敬具

掲載場所：https://www.omp.ac.jp/about/practice/_index.html

<QR コード>



※資格取得者の実習については、HP に記載の提出書類に加え「免許証の写し」が必要となります。

施設名 関西医科大学総合医療センター

所在地 大阪府 #整理番号 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。

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あります、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 井整理番号 88

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 [指定なし (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 [T-spot 検査 または ワンティフェロン検査]

7) 誓約書は必要ですか (当院書式) ☒ 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
実習依頼状 (任意様式)

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。

メールにて必要書類のフォーマットを
お送りいたします。

施設名 近畿大学病院

所在地 大阪府

※整理番号 89

1/5

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。

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	☐ 罹患歴あり	☐ 検査なし	☐ PA法		☐ 16未満	☐ 16~128	☐ 256以上	☐ 接種なし、もしくは不明
	☐ 罹患歴なし	年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2~15.9	☐ 16以上	年 月 日
	☐ 不明		☐ その他		その他の場合、検査方法 () 法			年 月 日
風疹	☐ 罹患歴あり	☐ 検査なし	☐ HI法		☐ 8未満	☐ 8~16	☐ 32以上	☐ 接種なし、もしくは不明
	☐ 罹患歴なし	年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2~7.9	☐ 8以上	年 月 日
	☐ 不明		☐ その他		その他の場合、検査方法 () 法			年 月 日
水痘	☐ 罹患歴あり	☐ 検査なし	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2~3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし、もしくは不明
	☐ 罹患歴なし	年 月 日	☐ その他		その他の場合、検査方法 () 法			年 月 日
	☐ 不明			その他の場合、検査方法 () 法			年 月 日	
耳下腺炎 流行性	☐ 罹患歴あり	☐ 検査なし	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2~3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし、もしくは不明
	☐ 罹患歴なし	年 月 日	☐ その他		その他の場合検査方法 () 法			年 月 日
	☐ 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。

誓 約 書

個人情報の保護に関するもの

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

実習・見学のため近畿大学病院に入構する者の名簿一覧

近畿大学内受入部署：

実習・見学 責任者	
学校名・機関名	
住所	〒
責任者名	
連絡先（電話番号）	
連絡先（Email）	

[illegible]

近畿大学病院 病院長 殿

住所 _____

名称 _____

代表者 _____ 印

実習・見学の受入依頼について（承諾書）

このたび、近畿大学病院において実習・見学をするにあたり、感染予防対策のため、下記の事項について承諾し、実践することを承諾します。

記

1. 実習・見学等のため近畿大学病院に入構をする者は添付名簿の者のみです。
また、実習・見学をする者に変更がある場合は、速やかに変更後の名簿を届出いたします。
2. 実習・見学等の際は、引率者を含め入構者全員が、毎日事前に検温・風邪症状の有無の確認を行い、37.0℃以上の発熱および風邪症状が有った場合は実習・見学中止するとともに症状が改善されてから1週間は自宅待機とします。
3. 37.0℃以上の発熱および風邪症状のある者和其他の見学者・実習生が濃厚接触の可能性がある場合は、集団感染の恐れも念頭におき、院内感染の危険が回避されるよう実習場所・方法・日程の変更等の対応を実施いたします。
4. 万が一、実習・見学者等に新型コロナウイルス等の感染症の陽性が確認された場合は、院内感染防止のため行動履歴の追跡等に協力いたします。
5. 風邪症状等により実習・見学中止となった場合の補填は必ずしもされないことを承知いたします。
6. 病院内ではマスクはサージカルマスクを持参し、鼻と口を覆う正しいマスクの着用・感染対策ための手指消毒を徹底します。
7. 患者と接する実習を実施する場合は、サージカルマスク着用のほか、近畿大学病院から指示された感染対策を実施したうえでの接触を厳守いたします。

以 上

施設名 独立行政法人労働者健康安全機構関西ろうさい病院 所在地 兵庫県 #整理番号 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

・ 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 (いり検査異常なし) ・ IGRA (QFT又はT-spot) 確認]

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

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、当院様式の報告書でご提出ください。

・ 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 []

詳しいは、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

https://www.kakohp.jp/medical_person/bsl.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

実習受入申請書、ワクチン接種および感染症(抗体保有)検査報告書、契約書、セキソカード利用申請書
(全て当院様式の物) 詳しい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あります、予めご了承ください。

実習生受入申請手続きの手引き

1. 実習受入申請手続きについて

〈必要書類〉 ※印の様式は当院ホームページよりダウンロードできます。

- ☐ 臨床実習生受入申請書（様式第1号）※当院様式
- ☐ 実習生名簿（各教育機関でご用意ください）
- ☐ ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書（様式第5号）※当院様式
- ☐ 医療機関等でワクチン接種したことを証明する書類のコピー
（接種済証、ワクチン名の記載ある領収書、母子手帳 等）
- ☐ 医療機関等の発行する抗体価検査結果
- ☐ ワクチン接種不適当理由書（様式第6号）【特別な事情によりワクチン接種が出来ない方のみ】※当院様式
- ☐ セキュリティカード利用申請書※当院様式
- ☐ 報告書【新型コロナウイルス感染症拡大防止のための状況報告】（当日提出）※当院様式

〈申請について〉

上記申請書類を**実習開始日より1か月前まで**に必ずご提出ください。

書類の提出が遅れたり、内容に不備がある場合、**希望日に実習・研修が開始できない**ことがございます。ご不明な点等ございましたら、当院の実習担当者へお早めにご連絡ください。

申請受理後、当院より受入許可書をお送りいたします。

〈受理後の手続きについて〉

当院所定の実習委託契約書をお送りください。契約締結後、請求書を発行いたします。期日までに指定の口座へ実習委託料をお振込みください。実習委託料につきましては、「臨床実習生受入に関する要綱」に定めております。

〈委託契約書について〉

当院所定の様式がございますので、様式データの送付をご希望の場合、下記担当までご連絡ください。

〈提出先・問い合わせ先〉

〒675-8611

加古川市加古川町本町 439 番地

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院 総務部 臨床実習担当 宛

TEL：079-451-5500 FAX：079-451-5548

E-mail：w.soumu@kakohp.jp

2. 感染症対策について

当院では院内感染防止と安全確保のため、研修生・実習生・引率教諭等に「4 種ウイルス感染症（麻疹、風疹、

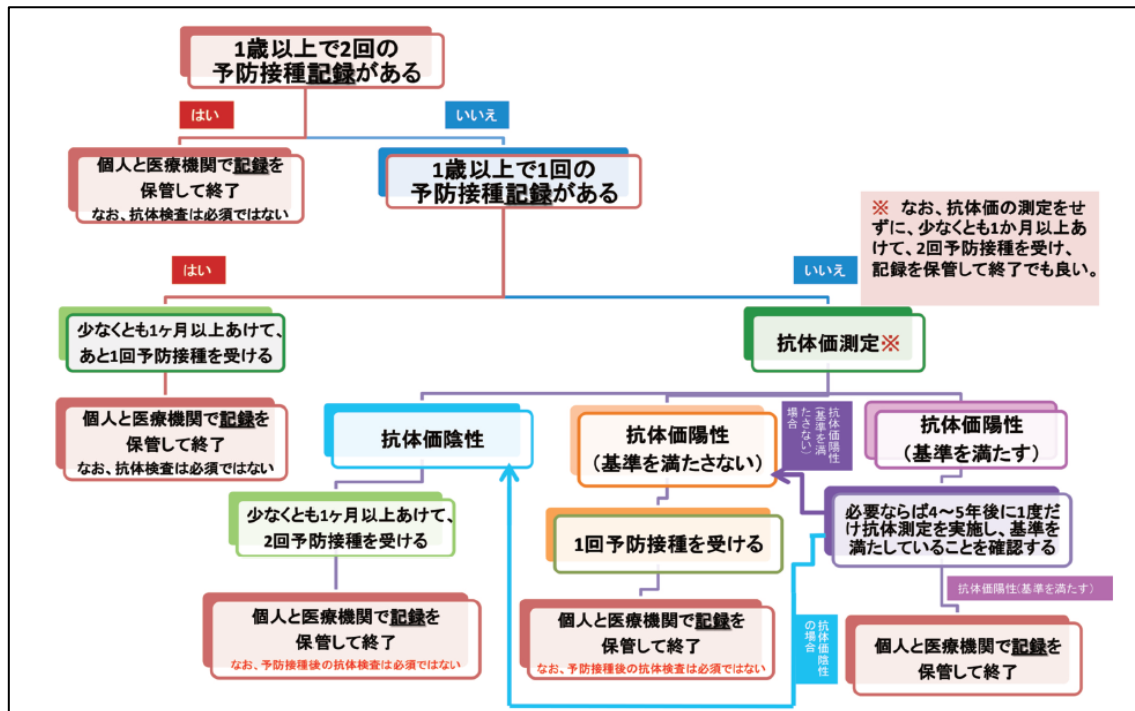
水痘、ムンプス)」、「B 型肝炎ウイルス (HBV)」及び「インフルエンザウイルス」に対する免疫獲得（もしくは必要回数のワクチン接種）を強く推奨しております。またこれらの抗体価獲得の証明としまして、「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」の記入と、「医療機関等でワクチン接種したことを証明する書類のコピー（接種済証、ワクチン名の記載ある領収書、母子手帳 等）及び抗体価検査結果」の提出を義務付けております。

各種検査項目及びワクチン接種についてご確認いただき、必要書類に漏れの無いようご準備ください。

免疫状態を確認できない（証明書類の不足・不備も含む）場合、受入れをお断りする場合があります。予めご了承ください。

1) 4種ウイルス感染症について

予防接種記録及び予防接種のフローチャート



項目	抗体検査	備考
①各種ワクチンを 2回接種済 (記録で確認できる)	不要	- 接種記録を「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」へ記入 - 医療機関等でワクチン接種したことを証明する書類のコピーを提出（接種済証、ワクチン名の記載ある領収書、母子手帳 等）
②それ以外の方	受診	- 実習開始日より4年以内の検査結果を有効とする - 別表1の検査方法及び基準で抗体検査を受診 - 基準を満たさない場合、医師と相談のうえ、本人の責任で必要回数のワクチン接種を行う - 抗体検査結果の記録とワクチン接種記録を「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」へ記入 - 医療機関等でワクチン接種したことを証明する書類のコピーを提出（接種済証、ワクチン名の記載ある領収書、母子手帳 等） - 特別な事情等によりワクチン接種が出来ない場合は、その理由を「ワクチン接種不適当理由書」に記入。

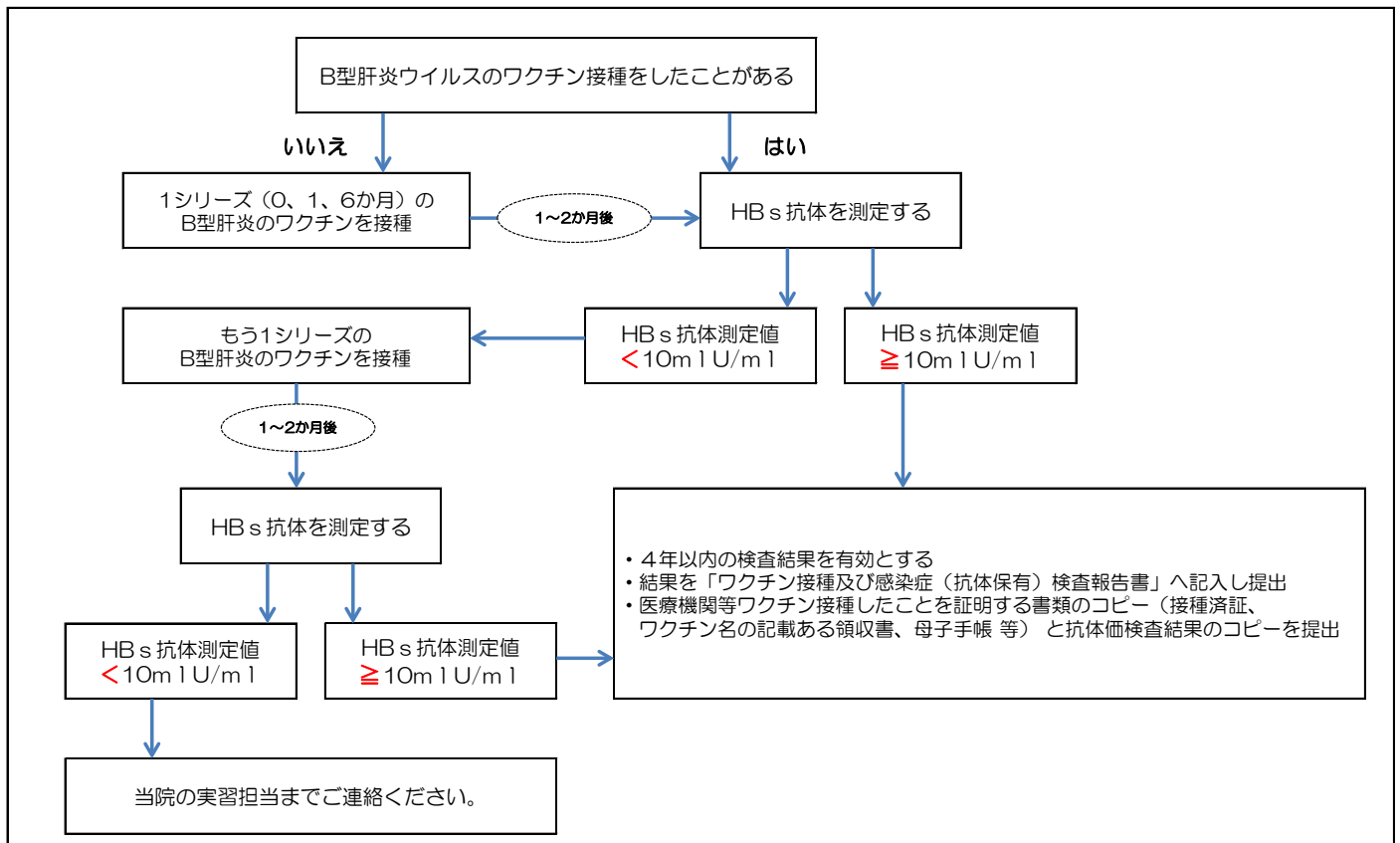
別表1 各感染症抗体価検査方法および抗体価判定一覧

疾患名	基準を満たさない (陰性) → 2 回接種	基準を満たさない (抗体価陽性) → 1 回接種	基準を満たす (陽性) → ワクチン不要
麻疹	EIA 法 (IgG) : 陰性 PA 法 : < 1 : 16	EIA 法 (IgG) : (±) ~ 16.0 PA 法 : 1 : 16, 1 : 32, 1 : 64, 1 : 128	EIA 法 (IgG) : 16.0 以上 PA 法 : 1 : 256 以上
風疹	HI 法 : < 1 : 8 EIA 法 (IgG) : 陰性	HI 法 : 1 : 8, 1 : 16 EIA 法 (IgG) (±) ~ 8.0	HI 法 : 1 : 32 以上 EIA 法 (IgG) : 8.0 以上
水痘	EIA 法 (IgG) : < 2.0 IAHA 法 : < 1 : 2	EIA 法 (IgG) : 2.0 ~ 4.0 IAHA 法 : 1 : 2	EIA 法 (IgG) : 4.0 以上 IAHA 法 : 1 : 4 以上
ムンプス	EIA 法 (IgG) : 陰性 (-)	EIA 法 (IgG) : (±)	EIA 法 (IgG) : 陽性 (+)

(参考文献: 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版 環境感染誌 S7 Vol.29, Suppl. III, 2014)

2) B型肝炎ウイルス (HBV) について

予防接種記録及び予防接種フローチャート

※定性検査(＋・－、陽性・陰性)は当院の基準では使用できません。定量検査の結果を提出してください。

※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。

3) インフルエンザ予防接種について

実習期間が12月～3月となる場合、インフルエンザウイルス流行時期となるため、実習開始までに予防接種を受けることを強く推奨しています。接種記録をワクチン接種及び感染症(抗体保有)検査報告書へ記入し、医療機関等でワクチン接種したことを証明する書類と併せて提出してください。

フリガナ		生年月日	年	月	日		
氏名		☐ 実習生	☐ その他()				
所属(施設・学校名/学部)		受入部署					
実習期間(西暦)	年	月	日	～	年	月	日

当院の受入基準を満たしているか必ず確認してください。

「実習生受入申請手続きの手引き」を確認し、記入漏れがないようにしてください。

※抗体検査結果のコピーおよび、ワクチン接種記録(母子手帳・接種証明書等)を添付してください。(必須)

1) 4種抗体(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎)

項目	検査日 (西暦で記入)	検査方法 (どちらかに○)	測定値	判定基準	基準を満たすか (どちらかに○)		ワクチン接種日 (西暦で記入)	
麻疹		EIA 法(IgG)		≥16.0	満たす	満たさない	1回目	
		PA 法		≥256 倍	満たす	満たさない	2回目	
風疹		EIA 法(IgG)		≥8.0	満たす	満たさない	1回目	
		HI 法		≥32 倍	満たす	満たさない	2回目	
水痘		EIA 法(IgG)		≥4.0	満たす	満たさない	1回目	
		IAHA 法		≥4 倍	満たす	満たさない	2回目	
流行性 耳下腺炎		EIA 法(IgG)		≥4.0	満たす	満たさない	1回目	
							2回目	

※ワクチン接種回数については、別紙基準表を参照下さい

2) B型肝炎

検査日(西暦)	測定値	判定基準	基準を満たすか(どちらかに○)	
	mIU/mL	≥10.0mIU/mL	満たす	満たさない
ワクチン接種日 (西暦)	1回目	2回目	3回目	

3) インフルエンザ予防接種(実習期間が12月～3月となる場合)

ワクチン接種日(西暦)	
-------------	--

4) COVID-19 予防接種

☐ 未接種	☐ 接種済(下の欄に接種日を記載)
直近におけるワクチン接種歴	20 年 月 日 (回目ワクチン)

5) 流行性ウイルス疾患の流行時の対応に関して

実習期間中(若しくは実習前)免疫を持たない場合、流行性ウイルス疾患の発生報告時に実習を中断することを承諾致します。

氏名: (自署又は記名押印)

上記のとおり申告した内容に相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関又は情報管理施設名:

医師又は情報管理担当者名:

印

ワ ク チ ン 接 種 不 適 当 理 由 書

養成機関（学校）名

：

実習生氏名：

実習生生年月日：

未接種項目：

(未接種の理由)

上記の理由により、予防ワクチン未接種です。

年 月 日

所属機関の
名 称

長の氏名

印

年 月 日

セキュリティカード利用申請書

加古川中央市民病院施設管理者 様

会社・団体名 _____

申請責任者(役職名) _____ (氏名) _____ 印

TEL _____

(携帯) _____

FAX _____

以下のとおり貴院への入館においてセキュリティカードの利用が必要なため申請いたします。

利用目的	☐ 委託業務 ☐ 実習関係 ☐ その他		内容詳細 ()	
入館人数	人 ※複数人の場合は、名簿を提出して下さい		代表者・氏名	
			代表者・連絡先	
立入場所				
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
利用日時	毎日、月・火・水・木・金・土・日 時 分 ～ 時 分			
備 考	※実習関係の場合は、グループ数(男女ごと)を記載してください。【男子： 班】【女子： 班】			

【誓約事項】

当方は、貴院への入館に際し次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 業務及び実習上、貴院のセキュリティエリアへの入退室が必要なため、貴院から交付されたセキュリティカードは各自の責任において厳重に管理し、万一紛失や破損した場合は速やかに報告するなど適切に対応します。
2. 貴院から交付されたセキュリティカードを他人に貸与、譲渡するなど不正な利用はしません。
3. 利用目的(業務及び実習内容)と関係のない場所等へ許可なく立ち入りません。
4. 前各項に違反したことにより貴院又は第三者に損害を与えた場合は、貴院が被った損害を貴院と協議の上賠償します。

【病院使用欄】

担当課長	係長	受付	受付日	備 考	
				貸出枚数： 枚 カード No.	

報 告 書

新型コロナウイルス感染症拡大防止対策の為、実習前の状況について下記のとおり報告いたします。

20 年 月 日

学校名		氏名	㊞
実習期間			

記

◆実習前7日間の健康チェック◆

日付	体温	感冒症状の有無	解熱鎮痛剤等の内服有無
月 日	℃	無・有 (気道症状：咽頭痛、咳・鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害 気道症状以外：頭痛、倦怠感・関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢)	無・有
月 日	℃	無・有 (気道症状：咽頭痛、咳・鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害 気道症状以外：頭痛、倦怠感・関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢)	無・有
月 日	℃	無・有 (気道症状：咽頭痛、咳・鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害 気道症状以外：頭痛、倦怠感・関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢)	無・有
月 日	℃	無・有 (気道症状：咽頭痛、咳・鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害 気道症状以外：頭痛、倦怠感・関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢)	無・有
月 日	℃	無・有 (気道症状：咽頭痛、咳・鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害 気道症状以外：頭痛、倦怠感・関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢)	無・有
月 日	℃	無・有 (気道症状：咽頭痛、咳・鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害 気道症状以外：頭痛、倦怠感・関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢)	無・有
月 日	℃	無・有 (気道症状：咽頭痛、咳・鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害 気道症状以外：頭痛、倦怠感・関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢)	無・有

◆実習前7日間の接触歴◆

実習前7日間における新型コロナウイルス感染者との濃厚接触の有無

無 ・ 有

※発熱、感冒症状や濃厚接触がある場合等は速やかに学校及び実習施設へご連絡ください。

<体調不良の定義>

発熱：平熱より1℃以上の上昇かつ37.0℃以上。1日に測定した体温の最高値をその日の体温とする。

感冒症状・・気道症状：咽頭痛、咳、鼻水・鼻づまり、嗅覚・味覚障害

気道症状以外：頭痛、倦怠感、関節痛・筋肉痛、嘔気・下痢

以上

感染症対策について指導し、上記の内容に相違がないことを証明します。

20 年 月 日

(学校名・教育施設名)

(責任者)：

㊞

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〔 研修開始より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〔 〕
- 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）

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。

研修生の受け入れについて

◆提出書類等

	研修
提出書類※	研修願書
	誓約書
	ワクチン接種または抗体保有証明書※1
	健康診断書※2
	免許証(写) ※3

※1 両面でご印刷願います。片面印刷の場合は、2枚目の空いている箇所に(書面に直接)ご署名願います。

※2 ご来院より1年以内の診断書の写しをご提出願います。

(胸部X線検査結果が必要となります。受診されていない場合は、ご連絡願います)

※3 看護師免許や医師免許等、ご自身が保有されている免許証の写しをご提出願います。

◆留意事項

1. 研修申請前に実施部署担当者と研修期間の調整をお願いします。
2. 提出期限を過ぎてからの申請は受け付けません(「◆提出書類等」参照)。
3. 抗体価について、本院の抗体価要件を満たさない場合は臨床実習できません。
4. 個人情報については、本研修にかかわる目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
研修等の保存期間を過ぎた個人情報書類は速やかに破棄します。

◆提出書類の郵送先

神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室研修支援係
〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-1
電話:078-382-6980 FAX:078-382-5050
(封筒表面に「研修申請書類在中」と記載願います。)

研修

研修願書

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

貴院における研修を希望いたしますので、御許可くださいますようお願いいたします。

種 別 (いずれかに○)	研修 (すでに資格を所持している方)		
研 修 希 望 者 情 報	氏 名 (自 署)		
	フリカ ナ		
	生 年 月 日	年	月 日
	性 別	男 ・ 女	
	所 属 機 関		
	研 修	＜必須＞研修受講にあたり所属機関に申請し、許可を得ています。	
			☐ (許可を得てチェック)
	傷 害 保 険	加 入 ・ 未 加 入	保 険
	現 住 所	〒 -	
	電 話	- -	
E - m a i l	@		
研 実 施 部 修 署	神戸大学医学部附属病院 ・		
研 内 修 容			
研 期 修 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
備 考			

- 【留意事項】
- 「神戸大学医学部附属病院受託実習生受入れ規程」に記載のとおり看護師、臨床検査技師、診療放射線技師等の医療技術者等の養成を目的とする養成機関等の学生、生徒は「実習」、「神戸大学医学部附属病院研修生受入れ規程」の別表に記載されている職種の免許を有する者は「研修」として扱う。
 - 研修部署は、歯科口腔外科、検査部、放射線部、薬剤部、看護部、リハビリテーション部等と記入してください。
 - 研修内容は、簡潔明瞭に記入してください。
 - 研修申請にかかる書類にご記入いただいた個人情報については、研修に関する業務のみに使用し、第三者へ開示することは一切ございません。なお、神戸大学における緊急事態に伴う実習生への連絡については、この限りではございません。
 - フリクション等の消えるボールペンは使用しないでください。

研修願書

2020 年 10 月 1 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

貴院における研修を希望いたしますので、御許可くださいますようお願いいたします。

種 別 (いずれかに○)	研修 (すでに資格を所持している方)		
研 修 希 望 者 情 報	氏 名 (自 署)	総合 臨子	
	フリカナ	ソウゴウ リンコ	
	生 年 月 日	2000 年 1 月 1 日	
	性 別	男 ・ (女)	
	所 属 機 関	〇〇〇病院	
	研 修	☒ 必須 研修受講にあたり所属機関に申請し、許可を得ています。 ☐ (許可を得てチェック)	
	傷 害 保 険	(加入) ・ 未加入	●●●● 保険
	現 住 所	〒650 - 0017 神戸市中央区〇〇-〇〇-〇	
	電 話	080 - 0000 - 0000	
E - m a i l	〇〇〇〇 @ 〇〇.〇〇.〇〇		
研 実 施 部 修 署	神戸大学医学部附属病院 ・ 歯科口腔外科		
研 内 修 容	〇〇についての研修		
実 習 ・ 研 修 期	2020 年 12 月 1 日 ～ 2020 年 12 月 10 日		
備 考			

【留意事項】

- 「神戸大学医学部附属病院受託実習生受入れ規程」に記載のとおり看護師、臨床検査技師、診療放射線技師等の医療技術者等の養成を目的とする養成機関等の学生、生徒は「実習」、「神戸大学医学部附属病院研修生受入れ規程」の別表に記載されている職種の免許を有する者は「研修」として扱う。
- 研修部署は、歯科口腔外科、検査部、放射線部、薬剤部、看護部、リハビリテーション部等と記入してください。
- 研修内容は、簡潔明瞭に記入してください。
- 研修申請にかかる書類にご記入いただいた個人情報については、実習・研修に関する業務のみに使用し、第三者へ開示することはありません。なお、神戸大学における緊急事態に伴う実習生への連絡については、この限りではございません。
- フリクション等の消えるボールペンは使用しないでください。

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	
氏名	

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別(受託実習、研修等)
男 ・ 女	年 月 日		

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
 ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
 ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 _____ 印

年 月 日

医療機関名 _____

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

1. B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認

1 シリーズ接種しても基準値未満 (0~9.9 mIU/mL) の場合は、もう 1 シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください（実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください）。

B型 肝炎	1シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日
	抗体価検査				
	検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満 検査後に 1シリーズ 接種	基準値 以上 対応不要
	(西暦) 年 月 日	☐ EIA法		☐ 0~9.9	☐ 10以上
		☐ CLIA法			
		☐ RIA法			
		☐ CLEIA法			
	2シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

別紙 2

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1	②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2						
		検査日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陰性	陽性		
						基準値未満	基準値以上	
					必要な追加対応※2			
					合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要	
麻疹	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2～15.9	☐ 16以上	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
			☐ PA法		☐ 16未満	☐ 16～128	☐ 256以上	
			☐ NT (中和法)		☐ 4未満	☐ 4	☐ 8以上	
風疹	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ HI法		☐ 8未満	☐ 8～16	☐ 32以上	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
			☐ EIA法 (7'ンカ生研)		☐ 2未満	☐ 2～7.9	☐ 8以上	
			☐ EIA法 (IU)		☐ ΔA0.100未満	☐ 30IU/mL未満	☐ 30IU/mL以上	
			☐ ELFA法		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～44.9IU/mL	☐ 45IU/mL以上	
			☐ LTI法		☐ 6IU/mL未満	☐ 6I～29.9IU/mL	☐ 30IU/mL以上	
			☐ CLEIA法 (IU)		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～44.9IU/mL	☐ 45IU/mL以上	
			☐ CLEIA法 (抗体価)		☐ 抗体価 4未満	☐ 抗体価 4～13.9	☐ 抗体価 14以上	
			☐ FIA法 (AI)		☐ 抗体価 1.0AI未満	☐ 抗体価 1.0～2.9AI	☐ 抗体価 3.0AI以上	
			☐ FIA法 (IU)		☐ 10IU/mL未満	☐ 10～29.9IU/mL	☐ 30IU/mL以上	
水痘	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2～3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
			☐ IAHA法		☐ 2未満	☐ 2	☐ 4以上	
			☐ NT (中和法)		☐ 2未満	☐ 2	☐ 4以上	
流行性 耳下 腺炎	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ EIA法		☐ 2未満	☐ 2～3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	ソウリン ハナコ
氏名	総臨 花子

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別(受託実習、研修等)
男・女	1998年 4月 25日	臨床教育大学	受託実習

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

学校保健センターもしくは医師による証明が難しい場合は、母子手帳や領収書等の写しの提出が必要です。(原本は不要です。)

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 神戸 太郎

神戸
内科
病院
院長
印

2021 年 3 月 25 日

医療機関名 神戸内科医院

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

学校保健センターもしくは所属機関から発行される抗体価証明書類に医師等の署名または記名・押印がある場合は、「別紙参照」と記入ください。

1. B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認

1シリーズ接種しても基準値未満(0~9.9 mIU/mL)の場合は、もう1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください(実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください)。

B型 肝炎	1シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	2017	年	4月6日
	2回目	(西暦)	2017	年	5月19日
	3回目	(西暦)	2017	年	10月13日
	抗体価検査				
	検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満 検査後に 1シリーズ 接種	基準値 以上 対応不要
	(西暦)2017年 11月27日	☐ EIA法		☐ 0~9.9	☒ 10以上
		☒ CLIA法	1000		
		☐ RIA法			
		☐ CLEIA法			
	2シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1	②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2						
		検査日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陰性	陽性		
						基準値未満	基準値以上	
						必要な追加対応※2		
						合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要
麻疹	☐ 接種なし (西暦) 1999 年 6 月 3 日 (西暦) 2015 年 3 月 13 日	☒ 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ EIA法 ☐ PA法 ☐ NT (中和法)		☐ 2未満 ☐ 16未満 ☐ 4未満	☐ 2~15.9 ☐ 16~128 ☐ 4	☐ 16以上 ☐ 256以上 ☐ 8以上	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
風疹	☒ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 2021 年 1 月 5 日	☐ HI法 ☒ EIA法 (デッラ生研) ☐ EIA法 (IU) ☐ ELFA法 ☐ LTI法 ☐ CLEIA法 (IU) ☐ CLEIA法 (抗体価) ☐ FIA法 (AI) ☐ FIA法 (IU) ☐ CLIA法	0.2未満 2未満 ΔA0.100未満 10IU/mL未満 6IU/mL未満 10IU/mL未満 抗体価 4未満 抗体価 1.0AI未満 10IU/mL未満 10IU/mL未満	☒ 2未満 2~7.9 30IU/mL未満 10~44.9IU/mL 6I~29.9IU/mL 10~44.9IU/mL 抗体価 4~13.9 抗体価 1.0~2.9AI 10~29.9IU/mL 10~24.9IU/mL	☐ 8~16 ☐ 8以上 ☐ 30IU/mL未満 ☐ 10~44.9IU/mL ☐ 30IU/mL以上 ☐ 45IU/mL以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 25IU/mL以上	☐ 32以上 ☐ 8以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 45IU/mL以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 30IU/mL以上	☐ 接種なし (西暦) 2021 年 2 月 5 日 (西暦) 2021 年 3 月 5 日
水痘	☒ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 2021 年 1 月 5 日	☒ EIA法 ☐ IAHA法 ☐ NT (中和法)	5.6 2未満 2未満	☐ 2未満 ☐ 2未満 ☐ 2未満	☐ 2~3.9 ☐ 2 ☐ 2	☒ 4以上 ☐ 4以上 ☐ 4以上	☒ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
流行性耳下腺炎	☐ 接種なし (西暦) 1999 年 6 月 3 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 2021 年 1 月 5 日	☒ EIA法	3.5 2未満	☐ 2未満	☒ 2~3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし (西暦) 2021 年 2 月 5 日 (西暦) 年 月 日

誓 約 書

私は、貴病院内における実習・研修について、以下の事項を厳守します。

なお、いずれかの項目に違反していることが判明した場合、実習・研修が中止されても、一切の異議申し立てをしないことを誓います。

1. 実習・研修は、指導者の命に従い、誠実に行います。
2. 実習・研修中に事故を起こした場合は、国立大学法人神戸大学の故意または過失による場合を除きその責任を負います。
3. 実習・研修の間に知り得た個人情報については、守秘義務が生じることを理解し、実習・研修期間中はもちろん、終了後においてもその情報を第三者に漏らしません。
4. 国立大学法人神戸大学の財産に重大な損害を与えた場合は、その代償の義務を負います。

5. 医療安全・医療倫理の講義を受講しています。 ☐受講済 ☐未受講
(受講済の場合は最終受講日を記載してください。)

医療安全講義： 年 月 日受講済

医療倫理講義： 年 月 日受講済

6. 国立大学法人神戸大学医学部附属病院内では、多くの患者が治療、入院されていることから、実習・研修の期間中は、以下の感染症伝播防止対策を厳守します(確認のうえ☑)。
- ☐ 発熱、発疹、呼吸症状(咳、痰など)がある場合には、実習・研修を自主的に控えます。
 - ☐ 活動性の感染症疾患に罹患している際には、実習・研修を行えないことを了承します。
 - ☐ 実習・研修において、自ら病原体の伝播者(不顕性感染者を含む)となることを防ぐため、別紙のウィルス抗体価測定又はワクチン接種を実習・研修の開始前までに行いました。

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

本人住所

氏 名

(自 署)

施設名 兵庫医科大学病院

所在地 兵庫県 #整理番号 94

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

個人情報に関する誓約書

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

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。

※指定施設での研修日数は、病院が2日、血液センターが1日となります。

施設名 天理よろづ相談所病院

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

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 井整理番号 96 1/5

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 [当院の用紙に記入をお願いします。]

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

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。

第1号様式（第2条関係）

第 号
年 月 日

奈良県立医科大学
附属病院長 殿

養成機関の所在地
名称
代表者名

実 習 承 認 申 請 書

下記のとおり、看護師（薬剤師、〇〇〇）養成のための実習の承認を申請します。

記

- 1 学生、生徒等の氏名
- 2 引率者氏名（引率者がある場合のみ）
- 3 実習の期間
- 4 実習の内容

- 注 1 学生、生徒等、引率者氏名の自署・押印した別紙誓約書・抗体価調査票を添付すること。
- 2 実習計画書その他指示する書面を添付すること。
- 3 施設利用料等について、第4条第2項の申出を行う場合には、「5 施設利用料等に係る申出」を追記し、申し出る施設利用料等の額を記載すること。

第4号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

奈良県立医科大学
附属病院長 殿

養成機関の所在地
名称
代表者名

実 習 終 了 報 告 書

下記のとおり、実習を終了したので報告します。

記

1 実習の期間
(開始) (終了)
～

2 実習人員等

月	実習日数	実習人員	延実習人員	備 考

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.	☐	☐
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.	☐	☐
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.	☐	☐
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.	☐	☐
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.	☐	☐
6. 新型コロナウイルスワクチンを接種した	☐	☐

(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。