

施設名 国立大学法人 富山大学附属病院

所在地 富山県 井整理番号 53

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

なし

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

施設名 国立大学法人 金沢大学附属病院

所在地 石川県

＃整理番号 54

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 ※医療機関にお勤めでない場合必要
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〔 研修の開始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〔 研修の開始が11月から3月の場合のみ、インフルエンザ 〕

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

実習受入に関する必要書類及び抗体検査等について、以下ウェブサイトでご確認ください。

<https://web.hosp.kanazawa-u.ac.jp/other/training.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

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
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[C型肝炎]

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

メールに添付致します。

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。

福井大学医学部附属病院研修生受入規程

平成 16 年 4 月 1 日
福大医病規程第 22 号

(趣旨)

第 1 条 この規程は、福井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の受入れについて必要な事項を定める。

(定義)

第 2 条 この規程において「病院研修生」とは、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。

(申請)

第 3 条 本院において研修を受けようとする者又は病院研修生として派遣しようとする医療関係団体等の長は、別記様式第 1－1 又は第 1－2 の申請書に次の各号に掲げる書類を添えて、研修開始日の 1 月前までに病院長に申請するものとする。ただし、臨床研修が伴わない場合は、書類添付を省略することができる。

- (1) 履歴書
- (2) 免許証の写
- (3) 健康診断書
- (4) その他必要な書類

(許可)

第 4 条 病院長は、前条の規定による申請があったときは、病院の業務に支障がない場合に限り、研修を許可することができる。

2 病院長は、研修を許可したときは、別記様式第 2 の許可書を交付するものとする。

(研修期間)

第 5 条 研修期間は、6 か月以内とし、研修を許可する日の属する年度を超えることができない。ただし、特別の理由があると病院長が認めた場合は、この限りでない。

(研修料)

第 6 条 病院研修生の研修料は、日額 1,100 円とする。ただし、PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）の研修料については、日額 2,420 円とし、栄養サポートチーム実地研修については、研修期間中 40 時間で 1 人につき 22,000 円とする。

2 前項の規定にかかわらず、研修料に関して当該研修の派遣機関から申出があるときは、申し出の額が適当であると病院長が判断した場合は、当該申出の額をもって研修料の額とすることができる。

3 研修料は、研修の期間に応じ、原則、その全額を研修の開始前に納付しなければならない。

4 研修料を納付期限までに納付しない者に対しては、病院長は、研修の許可を取り消す場合がある。

5 既納の研修料は、返還しない。ただし、病院長が特に認める場合は、この限りではない。

(研修課程)

第 7 条 病院研修生の研修課程は、病院長が定める。

(病院研修生の責務)

第 8 条 病院研修生は、研修を受けるに当たり、本学の諸規則を守り、病院長の指示に従わなければならない。

(研修証明書の交付)

第 9 条 病院長は、当該研修に係る証明の願い出があったときは、証明書を交付することができる。

(許可の取消し等)

第 10 条 病院研修生が第 8 条の規定に違反し、又は病院研修生としてふさわしくない行為があったときは、病院長は、当該研修生に研修を停止させ、又は第 4 条の許可を取り消すことができる。

(退籍)

第 11 条 病院研修生は、当該研修を中止しようとするときは、病院研修生辞退願を提出し病院長の承認を受けなければならない。

(雑則)

第12条 この規程に定めるもののほか、病院研修生に関し必要な事項は、病院長が定める。

附 則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則（平成21年7月23日福大医病規程第9号）

この規程は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成22年9月30日福大医病規程第9号）

この規程は、平成22年9月30日から施行し、平成22年8月25日から適用する。

附 則（平成22年12月24日福大医病規程第12号）

この規程は、平成22年12月24日から施行し、平成22年11月1日から適用する。

附 則（平成24年9月27日福大医病規程第9号）

この規程は、平成24年9月27日から施行する。

附 則（平成26年3月27日福大医病規程第4号）

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成26年11月27日福大医病規程第11号）

この規程は、平成27年1月1日から施行する。

附 則（令和元年9月26日福大規程第123号）

この規程は、令和元年10月1日から施行する。

附 則（令和2年12月24日福大規程第138号）

この規程は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和3年8月1日福大規程第92号）

この規程は、令和3年8月1日から施行する。

別 表（第2条関係）

薬剤師

看護師

診療放射線（エックス線）技師

臨床（衛生）検査技師

理学療法士

作業療法士

視能訓練士

言語聴覚士

管理栄養士

歯科技工士

歯科衛生士

救急救命士

臨床工学技士

別記様式第1－1（個人）

病 院 研 修 申 請 書

令和 年 月 日

福井大学医学部附属病院長 殿

申請者
住 所
氏 名

㊞

貴病院において下記のとおり研修したいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 職 種

2 研修内容

3 研修期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（実数 日）

4 連絡先

電話番号

勤務先

電話番号

5 遵守事項

- (1) 研修に際しては、貴病院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います。
- (2) 万一、故意又は過失等により貴病院に損害を及ぼした場合は、貴病院と協議の上現状回復します。
- (3) 研修中に知り得た貴病院に関わるあらゆる情報に関して、情報の漏洩はしません。

- 1 研修者名
- 2 職 種
- 3 研修内容
- 4 研修期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (実数 日)
- 5 研修担当者連絡先
所属・氏名
電話番号
- 6 遵守事項
 - (1) 研修に際しては、貴病院の諸規則を遵守させるとともに、貴病院の責任者の指示に従わせます。
 - (2) 万一、研修生が故意又は過失等により貴病院に損害を及ぼした場合又は研修生が被災した場合は、当機関が一切の責任を負います。
 - (3) 研修中に知り得た貴病院に関わるあらゆる情報に関して、研修生及び当機関は情報の漏洩はしません。

別記様式第2

病 院 研 修 許 可 書

〇〇福井大第 号
令和 年 月 日

殿

福井大学医学部附属病院長

印

令和 年 月 日付けで申請のありました研修について、下記のとおり許可します。

記

- 1 研修者名
- 2 職 種
- 3 研修内容
- 4 研修期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (実数 日)

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

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

1) 認定輸血検査技師研修生の受入れ時に、履歴書は必要ですか はい ・ いいえ

2) 履歴書が必要な場合は、市販の様式でよろしいでしょうか はい ・ いいえ

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ
え

4) 健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか はい ・ いいえ

5) 健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか

・ 1ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ・ その他 []

6) 抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要ですか

麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ B型肝炎 ・ ツベルクリン反応
・ その他 []

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい

① 新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のための実習生及び見学者の受け入れ方針
② 誓約書 ③ 健康観察票 ④ 応募 ⑤ 賠償保険加入証(写し) (①～③ 変更の可能性あり)

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。

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のための実習生及び見学者の受け入れ方針

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のため、実習生及び見学者（以下実習生等とする）に関する当院の受け入れ方針を定める。ただし、国内の感染状況によって変更になる可能性がある。

1. 実習生等が遵守する事項

【実習等開始日の1週間前から実習終了日まで】

- ① 基本的な感染対策として、「三つの密」（① 密閉空間（換気の悪い密閉空間）、② 密集場所（多くの人が密集している場所）、③ 密接場面（互いに手を伸ばしたら手が届く距離での会話や発声が行われる場面））を回避すること。
- ② 「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」等を守ること。
- ③ 継続して毎日決めた時間に検温し、「健康観察票」に記録して健康観察を行うこと。
- ④ 下記の症状がある場合は、すみやかに実習等担当教員等に連絡し、指示に従うこと。
ただし、実習等期間中で実習等担当教員等が不在の場合は、直接本人が当院の各実習指導者へ連絡すること。

- （1）感冒様症状や新型コロナウイルス感染が疑われる症状（37.5℃以上の発熱、倦怠感、咳、呼吸苦、味覚・嗅覚異常など）がある場合。
- （2）新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時点で感冒様症状（発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等）がある場合。

【実習等開始後から実習終了日まで】

- ① 実習等初日に、実習等担当教員に「院内感染防止対策のための誓約書」及び「健康観察票」を提出すること。
- ② 期間中は、必ずマスクを着用すること。患者に接触する場合はフェイスシールド等で目を覆う防護をすること。院内でマスクを外しての会話はしないこと。

2. 実習等担当教員等が遵守する事項

【実習等開始日の1週間前から実習終了日まで】

- ① 実習等担当教員等が来院する場合も『実習生等が遵守する事項』の項目を遵守すること。
- ② 実習生等に継続して「健康観察票」を作成させ、実習生等の体調を確認すること。
- ③ 実習等初日に、実習生等から提出された「院内感染防止対策のための誓約書」、「健康観察票」を必ず確認し、「実習等担当教員等確認」欄に署名後、当院の各実習指導者へ提出すること。

- ④ 実習生等から下記の症状について連絡があった場合は、当院の各実習指導者へ必ず事前に連絡すること。

(1) 感冒様症状や新型コロナウイルス感染が疑われる症状(37.5℃以上の発熱、倦怠感、咳、呼吸苦、味覚・嗅覚異常など)がある場合。

(2) 新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時時点で感冒様症状(発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等)がある場合。

3. 当院が実習等を中止とする判断について

- ① 実習生等が新型コロナウイルス感染症の診断を受けたとき、または疑似症と診断されたとき。
- ② 実習生等が新型コロナ検査陽性者との接触者になったとき、または接触者になる可能性があるとき。
- ③ 同居家族が新型コロナ検査陽性者との接触者になったとき、または接触者になる可能性があるとき、かつ感冒様症状(発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等)がある場合。
- ④ 新型コロナウイルス感染症の罹患後で、療養期間の終了日時時点で感冒様症状(発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻閉等)があるとき。
- ⑤ 上記「1.実習生等が遵守する事項」が従えないとき。
- ⑥ その他、院内の状況をふまえ、実習等を中止することが適当と病院長が判断したとき。

福井赤十字病院

人事課教育研修係

令和3年 5月10日制定

令和4年 5月25日改正

令和4年10月18日改正

令和4年12月14日改正

令和5年 5月12日改正

福井赤十字病院長 様

実習生・見学者名（自署）：

実習・見学開始日：

実習・見学名：

所 属：

実習等開始前住所：

院内感染防止対策のための誓約書

新型コロナウイルスによる院内感染防止対策のため以下の通り報告いたします。

1. 実習等開始日の1週間前から、基本的な感染対策をとっている。

「三つの密」（① 密閉空間、② 密集場所、③ 密接場面）を回避する。

「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い等の手指衛生」、「換気」等を守る

☐はい ☐いいえ

2. 毎日決めた時間に検温し、「健康観察票」で健康観察を実施している。

☐はい ☐いいえ

実習等担当教員（または当院の実習担当者）確認

上記の確認事項に「いいえ」がある場合は原則、実習や見学を認めません。

実習等担当教員等は、「院内感染防止対策のための誓約書」の内容を確認し、「実習等担当教員等確認」の欄に署名後、当院の各実習指導者へ提出すること。

実習等担当教員等が不在の場合は、直接当院の各実習指導者へ提出すること。

福井赤十字病院 健康観察票

所属：_____

氏名：_____

日数		1	2	3	4	5	6	7 実習・見学当日
日にち								
体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸苦	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味覚・嗅覚 異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
気になったことなど								

年 月 日

福井赤十字病院長 様

念 書

この度、貴院において実習（研修）を行うにあたり念書を入れます。

記

1. 実習（研修）に際しては、貴院の諸規定を遵守いたします。
2. 貴院の責任者の指示に従います。
3. 故意又は過失により、貴院に損害を与えた場合は、当方が一切の責任を負います。
4. 実習（研修）中、事故により当方に障害が生じ、その原因が当方に帰するものであることが明らかな場合、当方の責任において処理します。
5. 実習（研修）を行なう際には、個人情報の保護に関する院内規則を遵守します。実習（研修）終了後も、期間中に知り得た個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
6. 貴院は感染症指定医療機関であることを十分理解した上で、標準予防策をとった上でも、万が一、感染による健康被害を被った場合、病院側の責任を一切問いません。
7. 上記6項目、いずれかに違反することがあれば、貴院において実習（研修）を中止しても異議ありません。

所属

住所

氏名

印

生年月日

年

月

日