施設名 国立大学法人東海国立大学機構岐阜大学医学部附属病院 所在地 岐阜県 #整理番号61 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. 4	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 (その他に該当する場	囲んで下さい) 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) え	健康診断書は必要ですか	はい・いい
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)		
	・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベ ・その他〔	ジルクリン反応
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
-		

研修 申 請 書

						4	年 /	月	日				
国立大学法人													
岐阜大学医学	部附属病	院長								写	:	真	
			Д	代名					(II)	で, 1	上半身無 最近3か したもの と。	月以卢	びこ
このたび	、私は貴	病院におい	ハて研修を	を受けたい	ので,	申請し	ます。						
ふりがな 申 請 者 氏 名				性別	男	女	生年月日		年	月	日生	(歳)
申請者の現住所						Ŧ		(電話		局			番)
申請者の勤務先						₹		(電話		局			番)
申請者の卒業若 しくは修了した 学校又は養成所 名													
申請者の職種並 びに当該職種の 免許番号及びそ の取得年月日	職種			当該職和 免許番				耳	文得年月日		年	月	日
申請者の当該職 種の経験年数					·			·					
研修の場所													
研修の内容													
研修期間		年	月	日才	から		年 .	月	目	まで	計		月
ふりがな 推薦者の氏名				性別	男	女	生年月日		年	月	日生	(歳)
推薦者の現住所						Ŧ		(電話		局			番)
推薦者の勤務先						₹		(電話		局			番)
推薦理由													
備考													

- (注) 1 申請者の当該職種の免許の証明書を添付すること。
 - 2 研修の場所欄には,薬剤部,看護部,検査部,眼科等の部門の名称を記入すること。

岐阜大学医学部附属病院 感染症抗体証明書

	<u>記入日 年</u>	月日_
所属	受入開始日	受入終了日
氏名	年月日_	<u>年月日</u>

当院では医療関連感染対策のため、<u>研修登録医、病院研修生及び受託実習生等</u>に下記の検査およびワクチン接種をお願いしています。

各自、医療機関にて下記項目を受診し、各検査結果について医師による記入及び証明を受け、本用紙を<u>附属病院総務課</u> 臨床研修支援係へ提出してください。

【注意事項】

- 1) 指定した検査方法以外では判定できませんので、必ず指定した方法で検査を受けるようお願いします。
- 2)受入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、<u>受入</u>内容の一部または 全部が制限される事があります。
- 3) ワクチン接種は、接種間隔を1ヶ月空けなければならないものもあります。そのため、十分な時間的余裕をもって検査を受けるよう、お願いします。
- 4) アレルギー等でワクチン接種を受ける事が出来ない場合は、その旨を明記してください。

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須)

各項目について指定した検査方法のいずれかで検査を受けてください。陽性基準を満たさない場合、必ずワクチン接種してください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書コピー(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて附属病院総務課臨床研修支援係へ提出ください。

項目	検査日		検査方法 (行った検査法にO)	測定値	基準	基準を満たすか (どちらかにO)		ワクチン	接種	日
麻疹	年月	日	EIA(IgG) NT(中和法) PA		≥16.0 ≥8 ≥256	満たす・満たさない	条件を満たさない場合は受入開始	年	月	日
風疹	年月	日	EIA(IgG) HI		≧8.0 ≧32	・ 満たす・満たさない	1ヶ月前までに、裏 面に示す回数のワ クチン接種をお願	年	月	日
水痘	年月	日	EIA(IgG) IAHA		<u>≧</u> 4 <u>≧</u> 4	・満たす・満たさない	<u>いします。(測定値</u> により1回もしくは2	年	月	日
流行性耳下腺炎	年月	日	EIA(IgG)		≧4	満たす・満たさない	回の接種が必要)	年	月	日

2. B型肝炎

病院内などの医療現場では、血液や体液曝露を受ける可能性があります。原則としてHBs抗体を獲得しておくことが推奨されます。従って、事前にあなたのHBs抗体保有状況を報告してください。HBs抗体陰性でワクチン接種を受けた方は、下記に結果を記入してください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書コピー(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて附属病院総務課臨床研修支援係へ提出ください。

	検査日			検査方法 (行った検査法にO)	測定値	基準
HBs抗体	年	月	П	EIA · CLIA		≧10.0mIU/mL

<医師証明欄> 1と2の検査結果を証明します。

医療機関名 :

医師氏名、署名:

年 月 日

	ワクチン	接種	日
1回目	年	月	日
2回目	年	月	日
3回目	年	月	日

問い合わせ先:

【事務手続·書類受付】

(担当) 附属病院総務課臨床研修支援係

(電話) 058-230-6084 (FAX) 058-230-6080

(病院研修生用)

個人情報守秘誓約書

私は、岐阜大学医学部附属病院で研修するに当たり、医療機関における個人情報保護の重要性を自覚し、指導者の指示の下に、必要な研修行為のみを行い、個人情報を守秘すること。また、研修終了後においても、個人情報を守秘することを誓約いたします。なお、個人情報を漏えいし又は漏えいに加担した場合は、研修の停止、関係法令による告発又は損害賠償の請求、並びに所属先から処分を受ける場合があることを了解いたしました。

		令和	年	月	日
岐阜大学医学部附属病院長	殿				
所	属				
氏	名				

留意事項

- 1 患者等に係る研修記録は、個人を特定できない範囲とし、持ち出す場合は、本病院の研修指導者の確認を受けること。
- 2 その他個人情報に関する取扱いに関し在職する勤務先の指示がある場合は、その指示に従うこと。

	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
	PA 法 1:16 未満	PA法 1:16、1:32、1:64、1:128	PA法 1:256以上
	中和法 1:4未満	中和法 1:4	中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満	HI法 1:8、1:16	HI法 1:32以上
	EIA 法(IgG)(A) 2.0 未満	EIA 法 (IgG) (A) 2.0 以上 8.0 未満	EIA 法 (IgG) (A) 8.0 以上
	EIA 法 (IgG) (B) AA0.100 未満	EIA 法 (IgG) (B) 30IU/mL 未満	EIA 法 (IgG) (B) 30IU/mL 以上
	※:陰性		
	ELFA 法(C) 10IU/mL 未満	ELFA 法 (C) 10 以上 45IU/mL 未満	ELFA法(C) 45IU/mL以上
	LTI 法 (D) 6IU/mL 未満	LTI 法 (D) 6 以上 30IU/mL 未満	LTI法(D) 30IU/mL以上
	CLEIA 法 (E) 10IU/mL 未満	CLEIA 法 (E) 10 以上 45IU/mL 未満	CLEIA 法 (E) 45IU/mL 以上
	CLEIA 法(F)抗体值 4 未満	CLEIA 法 (F) 抗体価 4 以上 14 未満	CLEIA 法 (F) 抗体価 14 以上
	FIA 法 (G) 抗体価 1.0AI 未満	FIA 法 (G) 抗体価 1.0 以上 3.0AI 未満	FIA 法 (G) 抗体価 3.0AI 以上
	FIA 法(H)10IU/mL 未満	FIA 法(H) 10 以上 30IU/mL 未満	FIA 法(H)30IU/mL以上
	CLIA 法(I)10IU/mL未满	CLIA 法 (I) 10 以上 25IU/mL 未満	CLIA 法(I)25IU/mL 未满
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
	IAHA 法 1:2 未満	IAHA法 1:2	IAHA 法 1:4以上
	中和法 1:2未満	中和法 1:2	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

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)

※AA 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)

風疹 HI 法: なお、1:8以下の場合は、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。

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版より

施設名 静岡市立静岡病院

所在地 静岡県 #整理番号 63

- 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u>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 (該当する項目を〇で囲んで下さい) (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 「個人情報保護に関する誓約書」



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

その他に、研修生からの提出書類がありましたら、ご記入下さい 誓約書は当院様式の個人情報保護に関する誓約書です。研修で来院された時の記載で 構いません。他の書類は、ご提出頂いたものは保管いたしますが、必須ではありません。 ただし、今後の社会情勢によっては追加提出をお願いする場合があるかもしれません。

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 研修が決まりましたら、理事長宛に依頼文を提出してください。研修者名、日程などを 含んだものになります。よろしくお願いいたします。

実習生用

個人情報保護に関する誓約書

(あて先) 地方独立行政法人 静岡市立静岡病院 理事長

☑下記実習生

貴病院において、

は、実習等を行うにあたり、次

□下記代表実習生及び別紙実習生

のとおり個人情報を適正に取扱うことを誓約いたします。

記

- 1 実習等で利用する個人情報については、機密保持し、安全に利用し、実習等の終了後においても他に漏らすことはしません。
- 2 実習等が終了したときは、提供を受けた個人情報を完全に消去もしくは返還します。 また実習等にあたり提供を受けた個人情報の複写、複製はしません。
- 3 その他、個人情報保護法、静岡市個人情報保護条例を遵守し、地方独立行政法人静岡 市立静岡病院個人情報保護規程に基づき、個人情報の適切な取扱いをいたします。

令和 年 月 日

団体(学校)名

実習生名 印

(※記名押印または署名をお願いします)

施記 9.		10. の質問については、 研修生、協議会から貴施部	设へ <u>提</u>	静岡県 <u>出書類</u> うえ、		合の	を号 64 <u>ウみ</u> さい。
9.	矽	研修生の受人れにおける提出書類について(該当する (その他に	項目を 該当す	と○で団 トる場合	flんで下 トは、ご訂	さい 2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	トか	はい	•	いいえ
9	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)7	はい	•	いいえ
	3)	健康診断書は必要ですか			はい	•	CVV
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		i 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	必要です	計力3			
		・1ヶ月以内 ・3ヶ月以内 ・その他[)
	6)	・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝			か レクリン	'反応	, ,
	7)	・その他〔 誓約書は必要ですか	÷		NI IV	•	いいえ
	8)	臨床検査技師免許の写しは必要ですか			はい!	•	West.
		その他に、研修生からの提出書類がありましたら、こ	二記入	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	領があ	りまし	たら、こ	ご記ノ	く「さい

施設名 国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 所在地 静岡県 #整理番号 65 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> ご記入のうえ、ご返信ください。

9.	~10. の負向に"グバイは、 初心生、励嚴去がり負施放べ <u>返山管</u> ご記入のうえ、	<u>類がめる場合のみ</u> 、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(該当する項目を〇で (その他に該当する場	
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	はり・ 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	び・ いいえ
3) え	健康診断書は必要ですか	(IV · VV
4)	健康診断書が必要な場合は、写しでよろしいでしょうか	はい・いいえ
5)	健康診断書が必要な場合は、何ヶ月以内のものが必要ですか	
	・1ヶ月以内・3ヶ月以内・その他[)年以内	
6)	抗体検査の証明書が必要な場合は、どのような結果が必要です	⁻ カゝ
	・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベ ・その他 [<u>終</u> れ	ジルクリン反応 〕 ·
7)	誓約書は必要ですか	(は)・ いいえ
8)	臨床検査技師免許の写しは必要ですか	(はv) · 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

研修生甲青書、勤務先の1衣頼書(※別紙ご参照下さい。)
〈提出先〉医事課医事1糸中野友紀子

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

医学部附属病院病院研修生の 受入れ及び研修中に関する手引

> (手引に関する担当部署) 医事課医事係 TEL 053-435-2485

I 病院研修生の受け入れ

1申請方法

(1) 申込み方法

病院研修生の申請書類に必要事項を記入の上、下記事務担当まで提出してください。

【事務担当】 浜松医科大学医事課医事係

(連絡先) TEL:053-435-2604, FAX:053-435-2153

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山一丁目 20番1号

(2) 研修料の納付方法

研修期間分の研修料の全額を研修の開始日までに納付してください。 研修料は、銀行振込みによりお願いいたします。

(注意事項)

- *正当な理由なく期日までに納付されない場合は受入れの許可が取り消されますのでご注意ください。
- *納付された研修料は返還しません。
- 振込の場合の納付方法

依頼元あて別途請求書を送付します。

(3) その他

本院における病院研修生の受入れについては,「浜松医科大学医学部附属病院研修生規程」に基づきますので,申込みの際,ご確認願います。

2 申請書様式

浜松医科大学医学部附属病院研修生規程に基づく,受入れに必要な申請書は,別添「病院研修生の申請書類」のとおりです。

3 申請書の個人情報の取扱い

申請書の個人情報の取扱いについては、病院研修に関する管理等の事務処理に使用し、目的以外に利用することはありません。

Ⅱ 病院研修中の注意事項

1 研修中の具体的注意事項

- (1) 研修中の行動・態度について
 - 1) 時間を厳守し、余裕をもって行動する
 - 2) 研修施設内では、私語を慎み言葉遣いには十分注意し、研修生としての自覚と責任を持ち行動する。 特に研修施設全体が療養の場・公共の場であることを念頭に置き、対象者や研修施設利用者に迷惑を かけないように節度ある態度をとる。
 - 3) 指定された研修場所を離れないこと。やむを得ず研修場所を離れる場合は、担当教員または指導者に申し出る。
 - 4) 患者等からの金品の授受や個人の住所の交換などは丁重にお断りすること。

(2) 研修中の服装について

- 1) 受け入れ機関で指定された服装、名札を着用する。
- 2) 清潔・身だしなみに注意する
- 3) 奇抜な髪の毛の色、過剰な化粧、香水は避け、研修中は相手や自分を傷つける可能性のある服飾品(指輪、ピアス)、マニキュア等はしない

2 診療録等の取扱い

(1) 電子カルテについて

- 1) 研修中の電子カルテの取扱いについては担当教員または指導者の指示に従い、研修上必要な患者等に限定する。従ってみだりに研修以外の患者の電子カルテを参照することを禁じる。
- 2) 電子カルテの操作する場合は、担当教員または指導者の指示に従い実施する。

(2) 記録物について

- 1) 記録用紙には、個人を特定する情報(住所、氏名、生年月日、病院、病棟名、家族歴や遺伝情報等)を記載しない。なお、やむを得ず記載を必要とする場合は、担当教員または指導者の許可を得る。
- 2) 不必要な情報・不確実な情報は記載しない。
- 3) 診療記録および研修記録は複写しない。(担当教員または指導者から指示された場合を除く)
- 4) 個人が特定される可能性のある研修記録等の院外の持ち出しは禁止する。
- 5) 研修終了後、不必要となった記録物やメモ類はシュレッダーにかける。電子媒体は内容を消去する。

(3) 個人情報保護について

- 1) 研修期間中に知り得た患者さんおよび病院職員の個人情報については、機密を保持し、第三者に故意または過失によって漏洩してはならない。
- 2) 上記の個人情報の機密の保持は、研修終了後においても同様とする。
- 3) 個人情報の機密の保持については、「個人情報保護に関する誓約書」を提出する。

病院研修生の申請書類

- 1. 病院研修生申請書……………… 別紙1
- 2. 履歴書
 - ※看護部においては下記項目を満たす場合は可とする。
 - 医療機関からの依頼でありかつ1日以内の研修に限り、
 - 最低限(氏名・生年月日・住所・連絡先・現職)記載されていること。
- 3. 取得免許証(写し)
- 4. 勤務先の依頼書 (様式随意)
- 5. 個人情報保護に関する誓約書(所定様式)
- 6. 定期健康診断の写し (様式随意)
 - ウイルス抗体価検査等の結果報告書(所定様式)
 - ①健康状態が把握できるもの
 - ②感染性疾患(結核・麻疹・風疹・ムンプス・水痘・B型肝炎等)に罹患していないことが記載されていること。
 - ※看護部においては、医療機関からの依頼でありかつ1日以内の研修に限り、 ②のみでも可とする。

〒431-3192 浜松市東区半田山一丁目20番1号 浜松医科大学 医事課医事係

Tel 053-435-2485

Fax 053-435-2153

別紙 1

令和 年 月 日

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

氏 名 印

病院研修生申請書

貴院において、下記のとおり研修を受けたく、必要書類を添えて申請しますので御許可くださるようお願いします。

記

- 1. 研修の職種
- 2. 研修の目的
- 4. 必要添付書類
 - 履歴書
 - ② 取得免許書(写し)

個人情報保護に関する誓約書

令和 年 月 日

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

大学等名	
N (.1)	
住所(自宅)	
	F II
氏 名	12月

このたび貴院において、実習を行うにあたり、実習期間中に知り得た患者様 および病院職員並びに病院関係者の個人情報について、機密を保持し、実習期 間中および実習終了後においても、第三者に故意または過失によって漏洩する ことはいたしません。

また,個人情報保護法および貴施設の規則に基づき,個人情報の適切な取り 扱いをいたします。

以上の事項を厳守することを誓約いたします。

8/9	
記入例	

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

氏名:		
レロ・		

麻疹、風疹、水痘、ムンプス

	栓木□	'			基準		5	クチ	ン	
項目	検査日	検査方法	測定値	陰性	陽性(基準を	陽性(基準	ţ	妾種 E	3	
	(年月日)	(1つに0)			満たさない)	を満たす)	(1	∓月E	3)	
		EIA (IgG)		<2.0	2.0-15.9	≧16.0	1 回目:	年	月	В
麻疹	2018年9月1日	PA	21.5	<16	16-128	≥256	208:	年	月月	В
		中和法		<4	4	≧8	∠Ш目 ·	#	月	
国広	2018年0日1日	EIA (IgG)	160	<2.0	2.0-7.9	≥8.0	1 🗆 🗎 :	年	月	В
風疹	2018年9月1日	Н	16.3	<8	8-16	≧32	20目:	年	月	В
		EIA (IgG)		<2.0	2.0-3.9	≧4.0	4 🖾 🖰 :	年	月]
水痘	2018年9月1日	IAHA	7.4	<2	2	≧4	1 🗆 🗎 :	年年	月月	8
		中和法		<4	4	≧8	2回目:	4	Ħ	
ムンプス	2018年9月1日	(FIA (I=C)	00	/20	(2.0-3.9)	>40	1 🗆 🗎 : 20)18年	11月	2日
	201049月1日	EIA (IgG)	2.8	<2.0	2.0 3.9	≧4.0	20目:	年	月	В
備考										

B型肝炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法(行った 検査方法に〇)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
10- +/-	2010年0日1日	EIA CLEIA	134.6	≥10.0 mlU/mL	1回目: 2017年 4月 8日
HBs 抗体	2018年9月1日	PHA	倍		2回目: 2017年 5月10日 3回目: 2017年10月16日
備考					

結核(胸部レントゲン検査は必須。可能であれば QFT または T-SPOT を実施) ※ツ反は不可

項目	検査日(年月日)	検査結果(1つに〇)	基準	
胸部レントゲン	2018年 4月 8日	異常の有無 有・無	異常 無	
QFT/T-SPOT	2017年11月18日	陰性 陽性	陰性	
(いずれかに〇)	20174119100	判定保留・判定不可	 	
備考	胸部レントゲンは 2018 年 4 月 23 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。

西暦 2019年 XX月 XX日

所属機関 :○○病院

住 所:〇〇県〇〇市〇〇1-1

担当医師 : 0000 印

(学校医また

それに準ずる者)

浜松医科大学医学部附属病院長	殿
从似区外入子区子即则禺例阮文	灰又

氏名				
仄台	•			

麻疹、風疹、水痘、ムンプス

	† 4	*木口		'			基準		5	ワチ	ン	
項目		香日 月日)	検査方法 (1つにO)	測定値	陰性	陽性(基準を	陽性(基準	:	接種E	3	
	+	-/10)	(1720)			満たさない)	を満たす)	(:	年月E	3)	
				EIA(IgG)		<2.0	2.0-15.9	≧16.0	1 🗆 🗎 :	年	月	В
麻疹	年	月	\Box	PA		<16	16-128	≧256	208:	年	月	В
				中和法		<4	4	≧8	200.	+	Ħ	
風疹	年	月	В	EIA(IgG)		<2.0	2.0-7.9	≧8.0	1 🗆 🗎 :	年	月	В
出形	+	H		Н		<8	8-16	≧32	201:	年	月	В
				EIA (IgG)		<2.0	2.0-3.9	≧4.0	1 🗇 🗆 :	年	月	В
水痘	年	月	\Box	IAHA		<2	2	≧4	1回目:	年	月月	8
				中和法		<4	4	≧8	200.	+	Ħ	
ムンプス	年	月	В	ΓΙΛ (I~C)		/20	20.20	>40	1 🗆 🗎 :	年	月	В
ムノノス	+	H		EIA (IgG)		<2.0	2.0-3.9	≧4.0	201:	年	月	В
備考												

B型肝炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法(行った 検査方法に〇)	測定値	基準	7 :	クチン		8
1.ID- ##/#		EIA • CLIA • CLEIA		≧10.0 mlU/mL	1 🗆 🗎 :	年	月	В
HBs 抗体	年月日	PHA	倍		208: 308:	年年	月月	8
備考								

結核(胸部レントゲン検査は必須。可能であれば QFT または T-SPOT を実施) ※ツ反は不可

項目	検査日(年月日)	検査結果(1つに〇)	基準
胸部レントゲン	年 月 日	異常の有無:有・無	異常 無
QFT/T-SPOT	年 日 ロ	陰性・陽性	陰性
(いずれかに0)	年月日	判定保留•判定不可	层往
備考			

ト記の老につ	ハて抗体価焓本竿に	ついて上記のとおり確認	リーキー た

西暦	年	月	\Box
----	---	---	--------

所属機関 : 住 所 :

担当医師 : 印

(学校医また それに準ずる者)

	・愛知医科大学病院 所在地 愛知県 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類</u> ご記入のうえ、	がある場合のみ
9. 矽	F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 (その他に該当する場合	
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	th · Wh
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	th · VOZ
3) え	健康診断書は必要ですか	ith · M
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	ith · wy
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な	, ,
	・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベハ ・その他〔	レクリン反応]
7)	誓約書は必要ですか	はい・リクネ
8)	臨床検査技師免許の写しは必要ですか	はい・いのえ
	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、一部で見長能、自由様式、信を行文の提出を表し、	(17 A) o
-		
10	認定輸血檢查技師制度協議会から貴施設への提出書類がありました。	たら、ご記入下さい

- 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u>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



当院の様式で提出をが願いします

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 研修生からの提出書類はありませんが、研修生の所属先から当院院長あての依頼文が 必要です。その後、所属矢代表者と春日井市が覚書を締結することが必要です。

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 <u>研修生氏名、戸情機設名及び部署名、研修料の記載された研修受入れ依頼文</u> をお送りください。

【記入例】

 実習期間
 年
 月
 日
 年
 月
 日】

 実習場所
 【
 春日井市民病院
 】

抗体価検査結果及び胸部エックス線検査結果報告書

院長様

		麻疹		風疹		水痘		流行性耳下腺炎		B型肝炎	
氏名	検査方法	ワクチン	検査方法	ワクチン	検査方法	ワクチン	検査方法	ワクチン	検査方法	ワクチン	検査方法
1,4	結果	接種日	結果	接種日	結果	接種日	結果	接種日	結果	接種日	結果
	実施日	(回数)	実施日	(回数)	実施日	(回数)	実施日	(回数)	実施日	(回数)	実施日
		2000.5.10(1回目)	HI		EIA		EIA	2020.8.2(1回)	CLIA法	2020.5.19(1回目)	T-SPOT
愛知 太郎	-	2000.6.10(2回目)	32(+)	_	9.0(+)	_	2.0未満		9.9以下	2020.6.23(2回目)	陰性
			2020/4/9		2020/4/9		2020/4/9		2020/4/9	2020.10.6(3回目)	2020/12/10
	EIA		EIA		EIA		EIA		CLIA法		胸部X線
春日井 次郎	27.1(+)	_	23.0(+)	_	5.9(+)	_	6.0(+)	_	29.4(+)	_	異常なし
	2020/11/5		2020/11/5		2020/11/5		2020/11/5		2020/12/6		2020/11/5

貴院で実習する上記²名の抗体価検査結果について上記のとおり確認しました。

年 月 日

所属施設名: 所属長の氏名:

印

 実習期間
 年
 月
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日
 日</td

抗体価検査結果及び胸部エックス線検査結果報告書

院長 成瀬 友彦 様

	麻	疹	風	疹	水	痘	流行性耳	下腺炎	B型	肝炎	結核
氏名	検査方法	ワクチン	検査方法								
八石	結果	接種日	結果								
	実施日	(回数)	実施日								

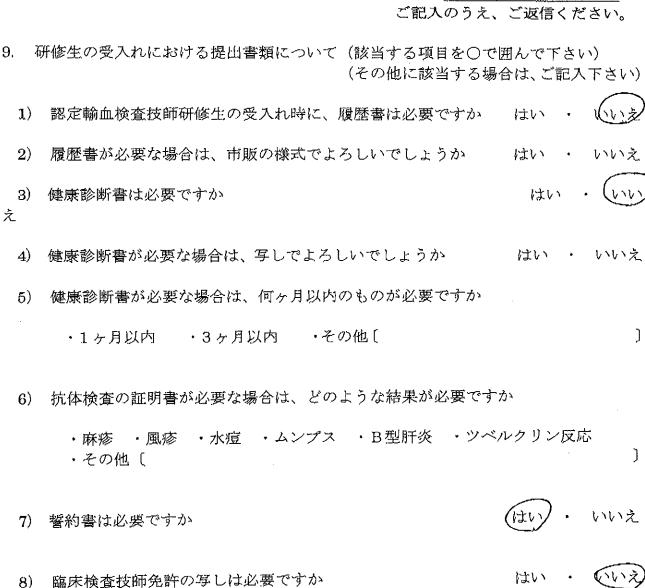
抗体価検査結果について上記のとおり確認しました。

年 月 日

所属施設名:

所属長の氏名: 印

施設名 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 所在地 愛知県 #整理番号 71 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ<u>提出書類がある場合のみ</u> ご記入のうえ、ご返信ください。



10. 認定輸血檢查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、ご記入下さい当時人を打合者望着から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい

	9
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	4 #整理番号 72 <u>質がある場合のみ</u> 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(該当する項目を〇で (その他に該当する場	
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・いな
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・いえ
3) 健康診断書は必要ですかえ	はい・いり
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・いり
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。	カュ
・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベル・その他〔	ルクリン反応

7) 誓約書は必要ですか

th · W

Wit

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか

1711



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

施設名 国立大学法人名古屋大学医学部附属病院 所在地 愛知県 #整理番号 74 9. ~ 10. の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類がある場合のみ</u> ご記入のうえ、ご返信ください。							
9. 石	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 (その他に該当する場						
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・いか					
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) 2)	健康診断書は必要ですか	はい・いい					
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	ትን					
		73 -					
	・麻疹・風疹 水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベ・その他 [推奨	ルクリン反応 〕					
7)	・麻疹 風疹 水痘 ・ムンプス ・B型肝炎 ・ツベ ・その他 推牧						
7)	・その他「推奨	ルクリン反応					
8)	・その他 [推奨 誓約書は必要ですか	ルクリン反応 」 はい ・ いいえ はい ・ いいえ					
8)	・その他 [・その他 [・をの他 [・をのし [・をの他 [・をのし [ルクリン反応 はい ・ いいえ はい ・ いいえ					

名古屋大学医学部附属病院 抗体検査カード

紙

	記入日 年	月
所属	受入開始日	受入終了日
5名	<u>年月日</u>	年月日

当院では院内感染対策のため、研修登録医、病院研修生及び受託実習生等に下記の検査およびワクチン接種をお願いし

各自、医療機関にて下記項目を受診し、各検査結果について医師による記入及び証明を受け、本用紙を医学部・医学系研 究科総務課臨床研修係へ提出してください。

- 1) 指定した検査方法以外では判定できませんので、必ず指定した方法で検査を受けるようお願いします。
- 2)受入開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、下記1.においては、母子手帳等で接種日が特定できる ワクチン接種が2回以上証明できる場合は、提示すれば検査・接種とも不要とします。
- 3) ワクチン接種は、接種間隔を1ヶ月空けなければならないものもあります。そのため、十分な時間的余裕をもって検査を 受けるよう、お願いします。ワクチン接種が終了しない場合、受入内容の一部または全部が制限される事があります。
- 4) アレルギー等でワクチン接種を受ける事が出来ない場合は、その旨を明記してください。
- 5) 検査に係るご相談は、当院中央感染制御部までご連絡ください。
- (受入承認手続等、事務的なご相談は、医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へご連絡ください。)

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須)

各項目について指定した検査方法のいずれかで検査を受けてください。陽性基準を満たさない場合、必ずワクチン接種して ください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書 コピー(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて医学部・医学系研究科人総務課臨床研修係へ提出ください。

項目	検査	日		検査方法 (行った検査法にO)	測定値	基準	基準を満たすか (どちらかにO)		ワクチン	接租	目
print - 15-0		-		EIA(IgG)		≧16.0	white the state of		年	月	B
麻疹	年	月	Ħ	NT(中和法) PA		≧8 ≧256	満たす・満たさない	条件を満たさない	年	月	E
風疹	年	月	В	HI		≧32	満たす・満たさない	場合は受入開始	年	月	日
)出(79)		/1		IL		= 0Z	Na)12 7 Na)12 C-320		年	月	Ħ
-tc (==	年	月	Ħ	EIA(IgG)		≧4.0	満たす・満たさない	<u>れぞれ</u> 1回以上の ワクチン接種をお	年	月	В
水痘	平	н		IAHA		≧4	満たす 満たさない	願いします。	年	月	B
who are but TT we that the	}-	ы		E14/1 (C)		>40	*** ** *** ***		年	月	B
流行性耳下腺炎	年	月	B	EIA(IgG)		≧4.0	満たす・満たさない		年	月	B

2. 結核(必須)

- 1) 受入開始前1年以内の胸部レントゲンで異常がないこと、<u>または</u>クォンティフェロン(QFT)もしくはT-Spot陰性であることが 必要です。
- 2) また、受入開始前1ヶ月以内に2週間以上続く咳、微熱がみられた場合は、医療機関にて受診し胸部レントゲンに異常 がないことの証明を受け、受入開始日までに医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へ提出ください。

	検	至日		検査結果 (一つにO)	基準
胸部レントゲン	年	月	日	異常の有無 有・無	異常無
QFT	年	月	8	陰性・判定保留・陽性	陰性
T-Spot	年	月	B	陰性・判定保留・陽性	陰性

<医師証明欄>	1と2の検査結果を証明します。また活 動性結核はないことを証明します。
検査機関名:	
医師氏名、署名	;

3. B型肝炎

病院内などの医療現場では、血液や体液曝露を受ける可能性があります。可能な限りHBs抗体を獲得しておくことが推奨されます。 従って、事前にあなたのHBs抗体保有状況を報告してください。HBs抗体陰性でワクチン接種を受けた方は、下記に結果を記入してください。なお、受入開始前過去5年以内に施行したデータが残存している場合は、下記表に結果を記入し、本用紙と証明書コピー(検査結 果、ワクチン接種証明)を併せて医学部・医学系研究科総務課臨床研修係へ提出ください。

	検査日			検査方法 (行った検査法にO)	測定値	基準
HBs抗体	年	月	日	CLIA · CLEIA · EIA		≧10,0mlU/mL

	ンフノロは屋口
108	年 月 日
2回目	年 月 日
3回目	年 月 日

ロカチン接種目

<医師証明欄> 3の検査結果を証明します。 医師氏名、署名:

問い合わせ先:

【事務手続·書類受付】

(担当) 医学部 医学系研究科総務課臨床研修係

(場所) 中央診療棟7階

(電話) 052-744-2998(内線5401) (FAX) 052-744-2785

(Email) sotugo@adm.nagoya-u.ac.jp

問い合わせ先:

【検査、ワクチンに関すること】

(担当) 医学部附属病院 中央感染制御部 (場所) 附属病院中央診療棟3階

(電話) 052-744-2477

年 月 日

実習・研修に関する誓約書

名古屋大学医学部長 殿 名古屋大学医学部附属病院長 殿

私は、下記の事項を固く遵守し履行することを誓約いたします。

記

1. 貴学・貴院の個人情報保護方針及び個人情報保護に関する規程・規則等を遵守する為,実習・研修中に知り得た患者及び貴学・貴院の関係者等の個人情報については,実習・研修中は勿論のこと,実習・研修終了後においても,正当な目的以外の使用,開示及び漏洩は行いません。

また,個人情報の紛失が懸念される場合,又は個人情報の漏洩等があった場合は,直ちに,貴学・ 貴院の個人情報保護管理者に通報します。所属機関がある場合には、当該機関へ報告します。

2. 貴学・貴院の責に帰さない故意または過失による個人情報の漏洩, 医療過誤, 備品及び患者の持ち物等に係る損害については、法的措置を含め賠償の責を負う事に同意します。

また、貴学・貴院の責に帰さない事故及び災害については、自己の責任において処理しなければならない場合があることを承知している為、実習・研修前に必要に応じて傷害保険等に加入します。

以上

【本人記入欄】

住 所

所 属

署名

囙

実習·研修期間 年 月 日 ~ 年 月 日

【所属機関確認欄】※

住 所

機関名

所属機関長署名

印

※同一の実習・研修について複数名が実施する場合,実習・研修生名簿を添付いただくことにより, 「所属機関確認欄」への記入が必要な誓約書は1枚のみとし,それ以外については空欄での提出 を可とします。(本人記入欄の記入については,実習・研修を実施する人数分必要です。)

施設名 名古屋市立大学病院 所在地 愛知県 9.~10.の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類が</u> ご記入のうえ、こ	ぶある場合のみ
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) (その他に該当する場合に	
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 (まい・ 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	せい・ いいえ
3) 健康診断書は必要ですか	t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型肝多 ・ツベルタ・その他 [陰性者はワクチン接種についての証明書も必要	クリン反応
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、研修生誓約書	

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、ご記入下さい契約書

施設名 藤田医科大学病院 所在地 愛知県 9.~ 10.の質問については、 研修生、協議会から貴施設へ <u>提出書類</u> ご記入のうえ、	
9. 研修生の受入れにおける提出書類について(該当する項目を〇で関 (その他に該当する場合	
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	(\$1) · ww
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[過去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が)>
・麻疹・風疹・水痘・ムンプス・B型肝炎・ツベル・その他〔別紙様式③抗体で確認カードに添ってご準備	必 リン反応 「願い封

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、ご記入下さい質問9、6)に関する特体価確認カード、※別紙様式③

「つに関する個人情報の保護に関する要約書」※別紙様式④

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 石州塚依頼書※別紙案内文書参照、臨・地研修協定書※別紙様式①、 石州塚豊の振込通知書※別紙様式②

所属								
氏名				記載日	年	月	日	
受入開始日	年	月	日	受入終了日	年	月	日	

当院では院内感染対策のため、病院における研修生・実習生等に対し、下記の検査および抗体陰性者へのワクチン接種をお願いしています。研修や実習の開始までに、医療機関において証明を受け、本用紙を病院人事部にご提出下さい。1.3.については、過去5年以内の検査結果がある場合には、そのコピーを代用することが可能です(添付して提出して下さい)。

注意事項 1 原則として陰性項目に対しては、受入開始までにワクチン接種を行い免疫を獲得して下さい

- 2 ワクチン接種には期間を要するものもありますので、計画的に検査を受けて下さい
- 3 アレルギー等でワクチン接種を受けることができない場合にはその旨を余白にご記入下さい
- 4 当院では健康診断を目的とした抗体価検査を行なっておりません。お近くの医療機関で検査を受けていただきますようお願いします。

新型コロナワクチン接種 (必須項目)

接種記録 接種回数: 回 最終接	重日: 年 月 日
------------------	-----------

下記は医療機関にてご記入下さい --

1. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎 (必須項目)

項目	検査日	検査法	測定値	基準値	判定	ワ	クチン接種	重	
		EIA法		16.0以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日
麻疹	年 月 日	PA法		1:256以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日
		中和法		1:8以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日
風疹 月 日	EIA法		8.0以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日	
	月日	HI法		1:32以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日
	EIA法		4.0以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日	
水痘	年	IAHA法		1:4以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日
「「」 月	月日	中和法		1:4以上	満たす 満たさない	要 不要	年	月	日
		水痘抗原 皮内テスト		陽性(5mm以上)	満たす 満たさない	要 不要	年	月	田
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA法		陽性	満たす 満たさない	要不要	年	月	日

*医師の方へ 該当部分に〇をつけて下さい

2.結核 (必須項目)

* 受入開始1年以内の胸部レントゲンとQFTまたはT-SPOT(不可能な場合はツベルクリン反応を実施)を評価して下さい。

* ツベルクリン反応はBCG接種の影響をうけるため、極力QFTまたはT-SPOTで評価して下さい。

	検査日			検査結果	基準
胸部X−P	年	月	日	異常無異常有	異常無
QFT	年	月	H	陰性 判定保留 判定不可 陽性	陰性
T-SPOT	年	月	H	陰性 判定保留 陽性	陰性
ツベルクリン反応	年	月	日	陰性 弱陽性 中等度陽性 強陽性	陰性

*医師の方へ 該当結果に〇をつけて下さい

3. B型肝炎

* 医療現場では、血液などから感染を受ける場合がありますので、可能な限りワクチン接種による免疫獲得を行うことが推奨されています。

そのためにまず抗体の有無を確認して下さい。

	検査日	検査法	測定値	基準	ワクチン接種
HBs抗体	年 月 日	CLEIA法		5.0mlU/ml 以上	1回目: 年月日 2回目: 年月日
пвалла	年月日	EIA法 CLIA法		10.0mlU/ml 以上	2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日

*医師の方へ 該当検査に〇をつけて下さい

医師証明欄

上記検査結果(1.2.3.)について証明します。(証明する検査の番号に〇をつけて下さい)

医療機関名	医師氏名

提出先:藤田医科大学病院 人事部

作成日:2023年9月13日

年 月 日

個人情報の保護に関する誓約書

藤田医科大学病院

病院長 白木 良一 殿

施設名 所在地

氏名

印

貴病院で臨床実習(研修)するにあたり、下記の事項について遵守することを誓約いたします。

記

1. 個人情報安全管理の誓約

臨床実習にあたり、個人情報の保護に関する法律、同関連法規、及び個人情報保護に関する学園の諸規定を遵守し、患者の個人情報を含む全ての個人情報を許可なく開示、漏洩、利用目的以外での利用はせず、臨床実習先指導者の指示に従い、管理には十分注意します。臨床実習で知り得た個人情報は自らの教育目的のみに使用し、紙面や電子データとして記録に残す場合には個人が特定できないようにします。また、個人情報を含む実習資料等は学園外に持ち出しません。

2. 個人情報安全管理の報告

取り扱う個人情報の漏洩、盗難、紛失等の事故が発生した場合、または事故発生の可能 性が高いと判断した場合は、直ちに臨床実習先指導者へ報告します。

3. 個人情報の返還

臨床実習終了時に、所持している個人情報は速やかに返還します。また、臨床実習に関連した記録は適切に廃棄するか、もしくは確実に個人が特定できないように変換します。

4. 臨床実習終了後の守秘義務

臨床実習終了後も、知り得た個人が特定できる情報は、開示、漏洩、目的外利用しない ことを約束します。

5. 損害賠償

本誓約書に違反し損害を与えたときは、その損害を賠償します。

以上

施設名 国立大学法人 三重大学医学部附属病院 所在地 三重県 #整理番号77 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 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 健康診断書は必要ですか 3) ネ 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「] 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「糸ま水につてして、ドウベアの側はいーザンして。 かえてイターフェロンと)随着意式時気によっておきみ何のではれてから望ましい。 7) 誓約書は必要ですか

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、H宮、子の教はりましたら、ご記入下さい

https://www.hosp.mie-u.ac.jp/medical/jisshu/

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