

施設名 国立大学法人島根大学医学部附属病院 所在地 島根県 施設番号 502068

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
・ 職に就いている者は、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。

施設名 恩賜財団 岡山済生会総合病院

所在地 岡山県 #施設番号 502082

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

体温管理表（HPI グラフ可）

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おります、予めご了承ください。

施設名 国立大学法人 岡山大学病院

所在地 岡山県 #施設番号 502083

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

岡山大学病院 HP「学外者の立ち入りについて」に掲載していますので、最新の情報をご確認ください。(http://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/news/detail194.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
特にございません。

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でおります、予めご了承ください。

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 $\left(\begin{array}{c} \text{受\text{け}\text{たい}} \\ \text{受\text{け}\text{させ}\text{たい}} \end{array} \right)$ ので、受入れを許可して下さるようお願いいたします。

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。

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 印			
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)		

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）：_____

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anti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anti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

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。

（※）ただし，実習生については，感染対策証明書（別紙1-1）において所属機関の長により証明されている場合は，抗体検査結果及びワクチン接種の証明書の提出を省略することができる。
- 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-S p o t 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

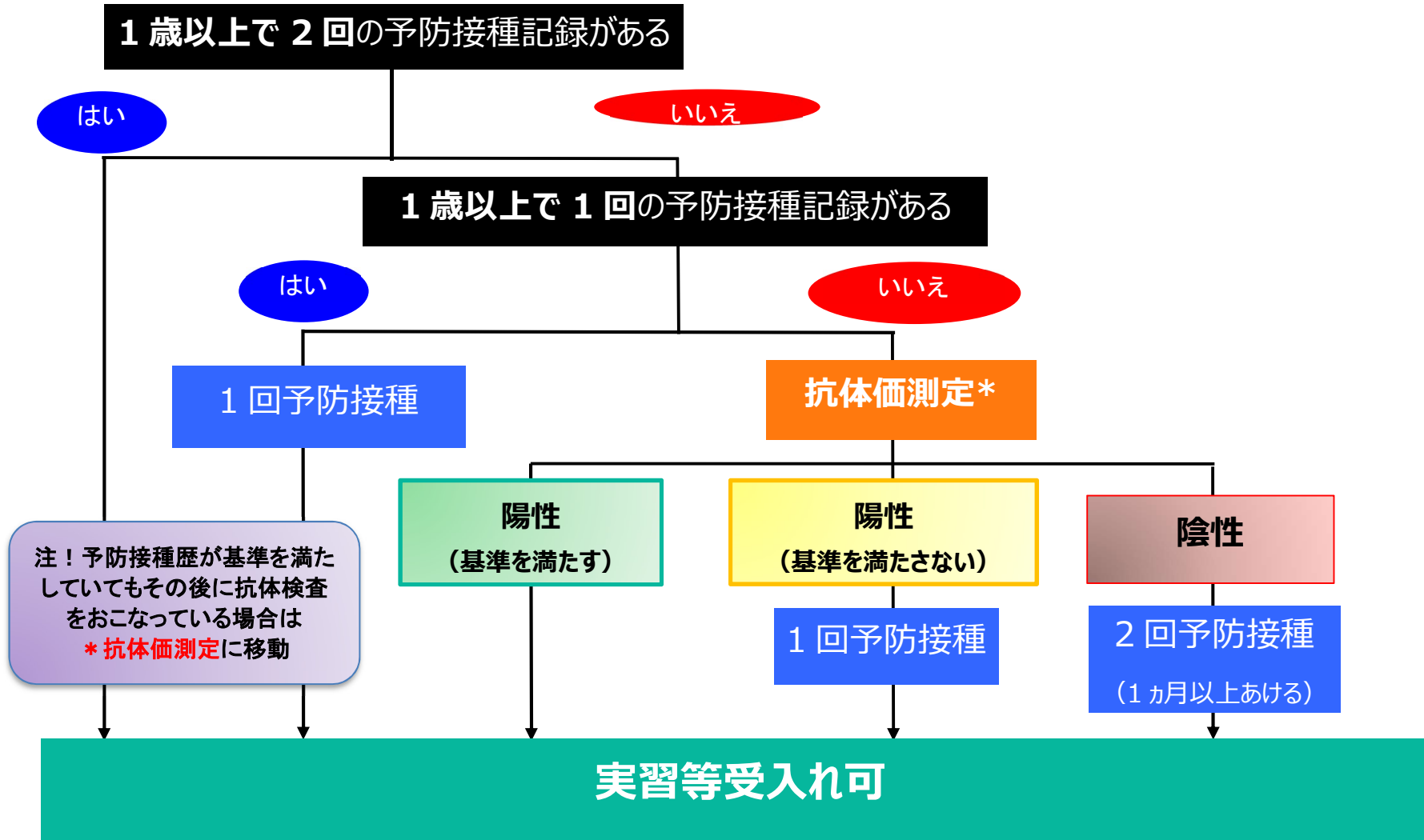
(4) 海外からの受け入れに係る結核対策についてを参照のこと

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)
2024年8月改訂	「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」および「②B型肝炎について」に証明書の提出を省略できる場合を追加。 感染対策証明書(別紙1-1)③B型肝炎について様式を修正。

【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】



注！ 予防接種歴が基準を満たしていてもその後に抗体検査をおこなっている場合は *抗体価測定に移動

☆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・ビオメリュー株式会社
- 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)**

(別紙)

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。

記載例

小児ウイルス疾患、結核、B型肝炎等に係る感染対策証明書

当施設より受入れを依頼しました2名の小児ウイルス疾患、結核、B型肝炎、インフルエンザ等について、以下のとおり確認いたしました。

申請人数を記入すること。

※ 必ず「岡山大学病院実習生・研修生の受入れに関する感染管理上の注意」を確認のうえ証明すること。

(西暦)年〇〇月〇〇日

(証明者)所属機関名
役職・氏名

〇〇専門学校
校長 〇〇 〇〇 公印

証明者は、所属機関の長とし、公印を押印のうえ提出すること。

氏名 生年月日	① 小児ウイルス疾患												② 結核			③ B型肝炎		④ インフルエンザ	受入要件を満たさない場合 理由	
	麻疹			風疹			水痘			流行性耳下腺炎			胸部X線: 研修生等の既就労者(3カ月以内) (必須) 実習生等の学生(12カ月以内 ※別紙1-2: 胸部X線実施記録表により過去3回分の結果を記載すること。) T-SPOT、クオンティフェロンは、いずれかの検査を受けること。			抗体が陽性で無い者は、1シリーズ(3回)ワクチンを接種。 接種後の抗体検査を実施すること。		10月~2月の期間を含む場合のみワクチン接種が必要		
	別紙フロー図参照			別紙フロー図参照			別紙フロー図参照			別紙フロー図参照			(ワクチン)	(検査)	(ワクチン)	(検査)				
	(ワクチン)	(検査)	検査方法	(ワクチン)	(検査)	検査方法	(ワクチン)	(検査)	検査方法	(ワクチン)	(検査)	検査方法	(胸部X線)	(T-SPOT)	(クオンティフェロン)	(ワクチン)	(検査)			
岡大 太郎 1988.3.15	2回 1989.9.15 1993.10.30			1回 2017.5.25	陽性 基準値未満	EIA法	1回 2017.5.25	陽性 基準値未満	EIA法	2回 2017.5.25 2017.7.12	陰性	EIA法	異常なし 2017.5.10			陰性 2017.5.10	1回目 2023.1.20 2回目 2023.2.20 3回目 2023.7.20	陰性 2023.1.10 陽性 2023.10.20	未接種	④インフルエンザワクチンの接種について、アレルギーがあるため、接種できなかった。(医師の診断書添付)
岡山 花子 1980.11.12	2回 1982.5.10 2016.12.26			陽性 基準値以上 2016.11.10	HI法	陽性 基準値以上 2016.11.10	IAHA法	1回 2016.11.15 2016.11.10	陽性 基準値未満 EIA法	異常なし 2016.11.10	陰性 2016.11.10					1回目 2回目 3回目	陽性 2012.5.20	10月頃対応予定	④ワクチンが未だ無いため、接種が可能となり次第対応する。	
親子手帳等で確認した過去の接種記録や、追加接種を記載すること(接種日記載については西暦を使用すること)。			接種歴が確認できない場合に検査し、ワクチン接種回数と接種日を記入すること(検査日記載についても西暦を使用すること)。			胸部X線は、研修生等の既就労者は3カ月以内、実習生等の学生は12カ月以内の画像での診断とすること。 実習生等の学生は、別紙1-2: 胸部X線実施記録表により過去3回分の検査結果を記載すること。ただし、1年生、2年生など過去3回分の検査結果がない場合は、ある分の検査結果を記載すること。			抗体検査を実施し、接種前に陽性の場合はワクチン接種の必要はありません。陰性の場合はワクチン3回を接種し、それぞれの接種日を記入すること。3回目接種後2~3か月後を目安に再度抗体検査を実施し、検査結果を記載すること。(接種日および検査日記載については西暦を使用すること。)			各機関において、「岡山大学病院実習生・研修生の受入れに関する感染管理上の注意」の要件を満たしていることを確認のうえ、満たさない項目がある場合は理由等を記載すること。								
受入れ基準を満たしているかどうかを確認するための書類ですので、証明に必要な情報のみ記載し、不要な情報は記載しないこと。 基準を満たさない者に対しては対策を進め、基準を満たしたことを証明すること。																	申請時に実習等の実施時期に対応したインフルエンザワクチンが接種できない場合は、接種が可能となり次第対応すること。			

記載例

胸部X線実施記録表(実習生等)

所属機関名: ○○専門学校

学籍番号	氏名	直近の検査		前回の検査		前々回の検査	
		実施日	所見 内容 (異常ありの場合)	実施日	所見 内容 (異常ありの場合)	実施日	所見 内容 (異常ありの場合)
12345678	岡大 太郎	実施日	(西暦 2017. 5. 10)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし 異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	
12345679	岡山 花子	実施日	(西暦 2016. 11. 10)	実施日	(西暦 2015. 10. 20)	実施日	(西暦 2014. 11. 18)
		所見	異常なし 異常あり	所見	異常なし 異常あり	所見	異常なし 異常あり
		内容		内容		内容	
		実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	
		実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	
		実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	
		実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	
		実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	
		実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	
		実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)	実施日	(西暦 . . .)
		所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり	所見	異常なし・異常あり
		内容		内容		内容	

過去3回分の検査結果を記載すること。ただし、1年生、2年生など過去3回分の検査結果がない場合は、ある分の検査結果を記載すること。

別紙1-1: 感染対策証明書と同じ所属機関名を記載すること。公印不要。

施設名 川崎医科大学附属病院

所在地 岡山県 井施設番号 502085

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 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 施設番号 502104

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しております、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 施設番号 502129

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

官公署又は会社等に在職されている方は、その所属長の承認書（様式は問いません）

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

病院研修生許可原

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 徳島大学病院

所在地 徳島県 施設番号 502168

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)

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おります、予めご了承ください。

施設名 愛媛県立中央病院

所在地 愛媛県 #施設番号 502193

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 国立大学法人愛媛大学医学部附属病院 所在地 愛媛県 施設番号 502196

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
(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 [特に定めていない] あま/市販の様式あり

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」に含まれている。

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)

施設名 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 所在地 高知県 施設番号 502212

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

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 井施設番号 502218

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 [1年以上]

- 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 umps B型肝炎 ツベルクリン反応
 その他 [胃腸科 輸血 胸部レントゲン]

- 7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
※ 1ヶ月前に実施した研修生受入れに限り引き

- 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。

病院研修事前申込書

*メディカルスタッフ等ですでに免許を有する方の申込書です。

所属施設が研修料を負担する場合は、所属施設担当者と相談の上、記載して下さい。

研修生	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	性別	男・女
	現住所	
	研修期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	研修部門	
	所有免許 (該当する □にレをし てください。)	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 診療放射線(エックス線)技師 <input type="checkbox"/> 臨床(衛生)検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> その他()
研修料支払者 (該当する□にレをしてください。本人以外の場合は、 振込依頼書送付先を記載 してください。)	<input type="checkbox"/> 本人	
	<input type="checkbox"/> 本人以外	
	住所	
	所属機関名	
	役職	
連絡先	氏名	
	TEL	
	FAX	
	MAIL	
備考		

受託実習事前申込書

*メディカルスタッフ等を養成する公立私立の学校、養成所又は日本薬剤師会等の医療関係団体の長が学生・生徒等の実習を委託する申込書です。

実習生 <small>(複数の場合は別紙(様式任意)を添付ください。)</small>	氏名	
	実習期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
養成機関等の代表者	住所	
	養成機関名	
	役職	
	氏名	
事務担当者	氏名	
	TEL	
	FAX	
	MAIL	
実習部門		
実習内容		
備考		

取扱い厳重注意

ワクチン接種歴・抗体検査結果および胸部エックス線検査結果報告書(実習生・研修生用)

高知大学医学部附属病院長 殿

氏名	麻疹			風疹			水痘			流行性耳下腺炎		B型肝炎		胸部エックス線検査	インフルエンザワクチン接種日 (研修期間が11月~3月の場合のみ記載)	コメント欄 (病気や体質等やむを得ない事情により予防接種を受けられない場合は、理由を記載すること)	
	抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査	抗体検査	抗体検査					
	EIA法(IgG)	PA法	NT法	EIA法(IgG)	HI法	EIA法(IgG)	IAHA法	NT法	EIA法(IgG)	CLIA法							
	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日		
	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	検査日		
	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	3回目接種日	所見		
(記入例) 高知 太郎	2017/4/1 16 陽性	2017/4/1 256 陽性	2017/4/1 8 陽性	1998/3/3 2009/6/6 2回	2017/4/3 8 陽性	2017/4/3 32 陽性	1998/3/3 2007/4/5 2回	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 4 陽性	1998/3/3 2005/9/9 2回	2017/4/3 10 陽性	2015/6/22 2015/7/22 2015/12/22	2017.4.3 異常なし	2016/11/15	

西暦 年 月 日

各医療従事者養成機関の
医療機関の

名称:

長の氏名:

個人での申し込みの場合

所属施設名:

氏名:

誓 約 書

高知大学医学部附属病院長 殿

私は、高知大学医学部附属病院における実習又は研修（以下「実習等」という。）で、患者さんのご協力を仰ぎながら医療専門職者としての技能・態度の修練を開始するにあたり、患者さんの人格や価値観を尊重し、患者さんのプライバシーやジェンダーに配慮した行動を心掛けるとともに、下記の事項を遵守することを誓約します。

記

- ・ 貴院の諸規則を遵守し、実習指導者の指示に従います。
- ・ 実習等で知り得た患者及び病院関係者の個人情報、貴院及び取引業者等の情報資産などは、実習等期間中及び実習等終了後においても、一切漏らさない義務を厳守します。
- ・ 個人情報保護法等の関連法規に則り、法的な処分、処罰の対象となっても不服を申し立てることはありません。
- ・ 貴院の患者及び職員に関する資料を利用し若しくは発表する場合は、事前に承諾を得ます。
- ・ 患者・利用者に対する安全の義務を遵守します。
- ・ 実習等期間中に生じた疾病及び傷害については、貴院の過失による場合の他は、責任を求めません。

令和 年 月 日

実習・研修部署

所属施設（学校）

氏 名

受託実習・研修生受入れに関する手引き

令和元年 11 月 15 日

医療人育成支援センター

キャリア形成支援部門会議

メディカルスタッフ専門部会 制定

高知大学医学部附属病院受託実習生規則及び高知大学医学部附属病院研修生受入規則（以下「規則」という。）により実習生又は研修生（以下「実習生等」という。）を受け入れるにあたっては、規則に定める事項のほか、本手引きに基づくものとする。

1. 受入れの可否について

1.1 事前協議

- 1.1.1 各部門は養成学校及び個人等（以下「申請者」という。）から実習生等受入れの打診があった場合は、「受託実習事前申込書」を提出させるなどして、申請者と事前に協議（以下「事前協議」という。）し、部門としての受入れの可否を判断する。

＜申請者に確認する事項＞

受入れ人数、期間・実日数、カリキュラム・評価方法、損害賠償保険等加入状況、感染症に関する事項（抗体検査、胸部X線検査、インフルエンザワクチン接種 など（「別紙1・2」のとおり）、その他必要な事項。

*別紙2は、実習等開始前までに提出させることとし、受入れ部署で実習等終了後2週間程度保管し、その後、廃棄又は返却する。

- 1.1.2 各部門は実習生等受入れの可否を判断するにあたっては、実習又は研修（以下「実習等」という。）開始前までに申請者が実習等の料金の納付を完了する必要があること、総務企画課地域医療支援室キャリア形成支援係（以下「担当係」という。）が「実習生委託申請書」及び「病院研修生申請書」（規則の別記様式1。以下「申請書」という。）を受理してから、受入れ手続きが完了し申請者に実習等許可書及び料金の納付書が送付されるまでに約3週間程度要することなども考慮する。

1.2 申請書及び実習等許可書

- 1.2.1 各部門は受入れ可と判断した場合のみ、実習等開始日のおおむね1か月前までに、申請者に申請書を担当係へ提出させる。
- 1.2.2 担当係は申請書に実習生等全員の氏名および各実習生等の期間・実日数が明確に記載されていることを確認する。また、当該申請について受入れ部門の受入れの可否が明確でない場合は当該部門に必ず確認する。
- 1.2.3 担当係は申請書に基づき実習等許可の事務手続きを行い、決裁後、財務部経理室出

納係が発行する実習等の料金の納付書と許可書を同係を通じて申請者に送付する。

2. 誓約書の提出について

2.1 各部門又は担当係は、実習開始前に実習生等全員分の誓約書を提出させる。誓約書は原則として本院の統一様式（別紙3）とする。ただし、内容を満たしていれば申請者の様式も可とする。

2.2 受領した誓約書は、実習を終了した日から5年以上、担当係が保管する。

3. 実習等開始前に説明する事項について

3.1 各部門は実習等の開始前にスタッフマニュアル及び各部門の取り決め等に基づき、以下のことについて説明する。

医療安全に関する事項

感染制御に関する事項

事故・職業感染発生時の緊急連絡に関する事項

その他各部門特有の事項

4. 患者さん・ご家族との関わりについて

4.1 実習生等が直接患者さんやご家族等（以下「患者さん等」）と接する機会がある場合は、本院の指導担当者等が患者さん等に説明し了解を得る。

5. 事故等の補償について

5.1 実習生等が行った行為に起因して、患者さんの生命・身体に障害が発生したことについて本院が法律上の損害賠償責任を負担することになった場合は、本院が加入する「国立大学病院損害賠償責任保険」で負担する。

5.2 前項の保険で負担できない事故等の補償等については、申請者又は実習生等が保険に加入していることを事前協議で確認する。

6. ハラスメントについて

6.1 各部門では国立大学法人高知大学ハラスメント防止等に関する規則を周知し遵守する。

6.2 適切に実習が行えるよう、各部門では実習等開始前に各自の役割や実習生との接し方（厳しさの程度、叱り方・言動等を含む）を話し合い、職員同士の意思疎通を図る。

6.3 他者（職場・職員、実習生など）の不満や悪口を実習生等がいる場で話すことや、職場内でハラスメントにあたるような言動は行わない。

<制定・改定履歴>

開始日	事項	承認	備考
2019/11/15	制定	2019/10/29 メディカルスタッフ専門部会	
2022/2/3	改定 別紙 1・2 追加	2022/01/25 メディカルスタッフ専門部会	

結果報告書の記載について

以下のことを各施設（個人の場合は各自）でご確認いただき、別紙2「ワクチン接種歴・抗体検査結果および胸部エックス線検査結果等報告書（以下、「結果報告書」という。）を提出してください。ご提出いただいた結果報告書は、受入れ部署で実習等終了後2週間程度保管し、その後、廃棄又は返却します。

なお、実習等開始前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・研修内容の一部または全部が制限される事があります。

1. 流行性ウイルス感染症（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について

- 1) 1歳以上で「2回」の予防接種の記録がある場合は、その記録を記載してください。
- 2) 1歳以上で「1回」の予防接種の記録がある場合は、1回目の接種から少なくとも4週間以上あけて2回目の予防接種を受け、その記録を記載してください。
- 3) 既罹患で予防接種を受けていない場合は、抗体価陽性の検査結果を記載してください。
- 4) 抗体価を測定し陽性の場合はその記録を記載してください。
- 5) 1)～4)いずれにも該当しない場合は、少なくとも4週間以上あけて「2回」の予防接種を受け、その記録を記載してください。

※1) 2) 5) は、抗体価測定は不要です。

※3) 4) の抗体価陽性の基準は以下の表のとおりです。

※予防接種が出来ない方はその理由をコメント欄に記入してください。

<抗体価の基準>

	検査方法	抗体価陽性の基準
麻疹	E I A (I g G)	16. 0以上
	PA	256以上
	NT	8以上
風疹	HI	32以上
	E I A (I g G)	8. 0以上
水痘	E I A (I g G)	4. 0以上
	I A H A	4以上
	NT	4以上
流行性耳下腺炎	E I A (I g G)	4. 0以上

「日本環境感染学会 院内感染対策としてのワクチンガイドライン」第3版に準拠

2. B型肝炎ウイルス（HBV）について

- 1) HBs抗体検査で10mIU/ml 以上であることを記録で確認できる場合はその結果を記載してください。

2) 1) 以外の場合は以下の結果を記載してください。

① ワクチンは、0・1・6 カ月後の3回接種（1シリーズ）を行ってください。

② 3回目の接種終了後1～2カ月後にHBs抗体検査を行い、10mIU/ml以上であれば免疫獲得と判定。

③ 1回のシリーズで免疫獲得とならなかった場合は、もう1シリーズの接種を行い、接種終了後1～2カ月後にHBs抗体検査を行い、10mIU/ml以上であれば免疫獲得と判定。

3) 2シリーズのワクチン接種歴があり、HBs抗体検査で10mIU/ml未満の方は、2回目のワクチン接種歴を記載し、コメント欄に2シリーズ接種済みであることを記載してください。

※予防接種が出来ない方はその理由をコメント欄に記入してください。

※B型肝炎ウイルスのワクチン接種が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. 胸部レントゲン検査について

1) 実習・研修開始前1年以内の胸部レントゲン検査で異常がないことを記載してください。

2) 実習・研修開始前1か月以内に2週間以上続く咳、微熱が見られた場合は、医療機関にて受診し胸部レントゲンに異常が無いことを確認し記載してください。

※実習・研修中に過去の検査から1年が経過する時は、再度検査を受け結果の提出をお願いします。

4. インフルエンザワクチンについて

11月1日～3月31日までの間に実習・研修を行う場合はワクチン接種を行い、その記録を記載してください。

※接種できない方はその理由をコメント欄に記入してください。

取扱い厳重注意

ワクチン接種歴・抗体検査結果および胸部エックス線検査結果報告書(実習生・研修生用)

高知大学医学部附属病院長 殿

氏名	麻疹			風疹			水痘			流行性耳下腺炎		B型肝炎		胸部エックス線検査	インフルエンザワクチン接種日 (研修期間が11月~3月の場合のみ記載)	コメント欄 (病気や体質等やむを得ない事情により予防接種を受けられない場合は、理由を記載すること)	
	抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査	抗体検査	抗体検査					
	EIA法(IgG)	PA法	NT法	EIA法(IgG)	HI法	EIA法(IgG)	IAHA法	NT法	EIA法(IgG)	CLIA法							
	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日		
	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	検査日		
	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	3回目接種日	所見		
(記入例) 高知 太郎	2017/4/1 16 陽性	2017/4/1 256 陽性	2017/4/1 8 陽性	1998/3/3 2009/6/6 2回	2017/4/3 8 陽性	2017/4/3 32 陽性	1998/3/3 2007/4/5 2回	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 4 陽性	1998/3/3 2005/9/9 2回	2017/4/3 10 陽性	2015/6/22 2015/7/22 2015/12/22	2017.4.3 異常なし	2016/11/15	

西暦 年 月 日

各医療従事者養成機関の
医療機関の

名称:

長の氏名:

個人での申し込みの場合

所属施設名:

氏名:

誓約書

高知大学医学部附属病院長 殿

私は、高知大学医学部附属病院における実習又は研修（以下「実習等」という。）で、患者さんのご協力を仰ぎながら医療専門職者としての技能・態度の修練を開始するにあたり、患者さんの人格や価値観を尊重し、患者さんのプライバシーやジェンダーに配慮した行動を心掛けるとともに、下記の事項を遵守することを誓約します。

記

- ・ 貴院の諸規則を遵守し、実習指導者の指示に従います。
- ・ 実習等で知り得た患者及び病院関係者の個人情報、貴院及び取引業者等の情報資産などは、実習等期間中及び実習等終了後においても、一切漏らさない義務を厳守します。
- ・ 個人情報保護法等の関連法規に則り、法的な処分、処罰の対象となっても不服を申し立てることはありません。
- ・ 貴院の患者及び職員に関する資料を利用し若しくは発表する場合は、事前に承諾を得ます。
- ・ 患者・利用者に対する安全の義務を遵守します。
- ・ 実習等期間中に生じた疾病及び傷害については、貴院の過失による場合の他は、責任を求めません。

令和 年 月 日

実習・研修部署

所属施設（学校）

氏 名