

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6年2月22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。

附 則

- 1 この規程は、令和6年3月1日から施行する。

- 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6条の規定にかかわらず、なお従前の例による。

別記様式1

病 院 研 修 生 申 込 書			
			年 月 日
滋賀医科大学医学部附属病院長 殿			
(申込者：個人の場合) 郵便番号・住所 氏名 電話番号			
このたび病院研修生（ ※ ）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、研修に際しては、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加入していること			
研修希望期間			
年	月	日から	
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

別記様式2

病 院 研 修 生 申 込 書	
年 月 日	
滋賀医科大学医学部附属病院長 殿	
(申込者：機関の場合) 郵便番号・住所 名称 役職名・代表者氏名 電話番号	
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加入していること	
記	
研修生名	()
研修希望期間	年 月 日から 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、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、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

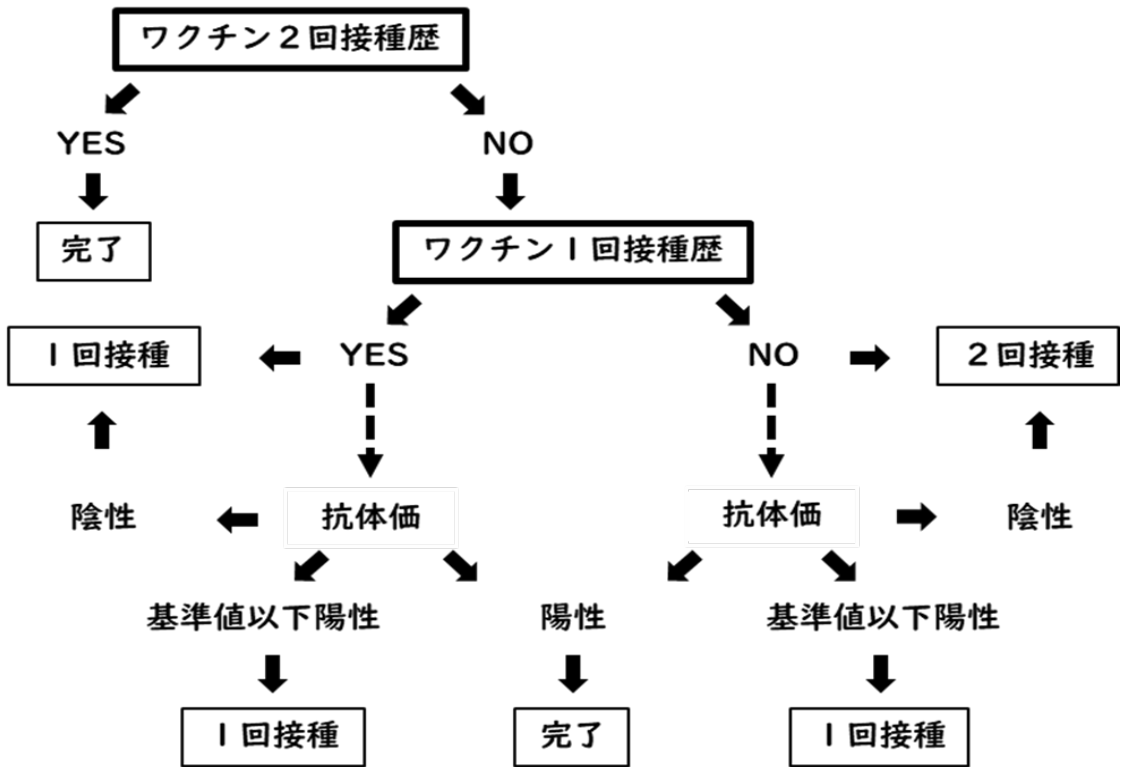
この要領は、平成30年10月1日から施行する。

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)



	陰性	基準値以下陽性	陽性
麻疹	2.0未満	2.0以上 16.0未満	16.0以上
風疹	2.0未満	2.0以上 8.0未満	8.0以上
水痘	2.0未満	2.0以上 4.0未満	4.0以上
流行性耳下腺炎	2.0未満	2.0以上 4.0未満	4.0以上

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。

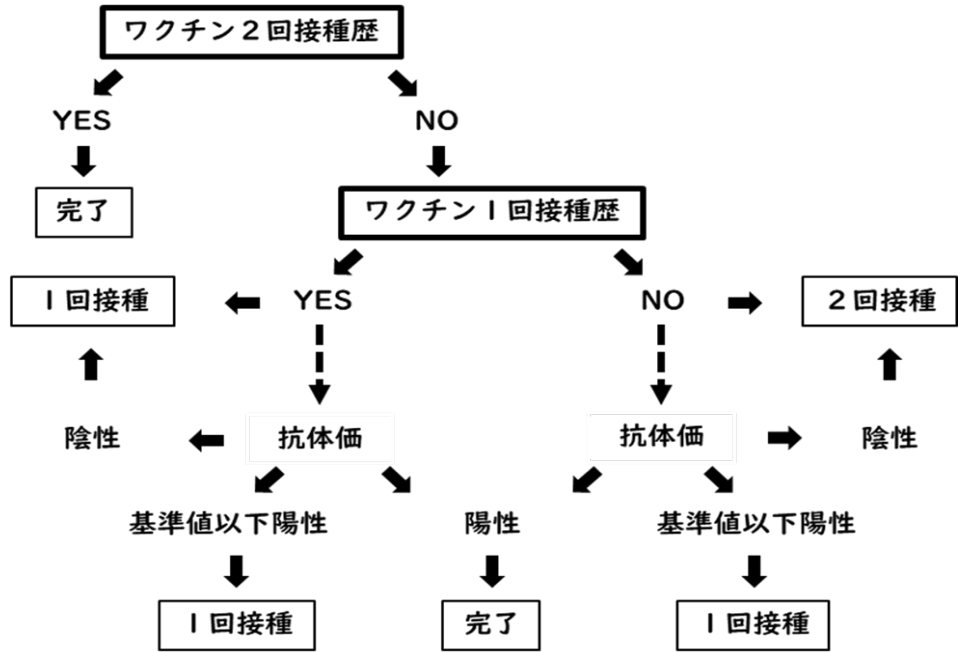
以上、誠実に遵守する事を誓います。

_____年 月 日

所 属 _____

氏 名 _____

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)



	陰性	基準値以下陽性	陽性
麻疹	2.0未満	2.0以上 16.0未満	16.0以上
風疹	2.0未満	2.0以上 8.0未満	8.0以上
水痘	2.0未満	2.0以上 4.0未満	4.0以上
流行性耳下腺炎	2.0未満	2.0以上 4.0未満	4.0以上

抗体価は全てIgG EIA法に限る

※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
※		※

滋賀医科大学医学部附属病院

研修担当部署

研修担当部署の長

殿

(機関名)

(研修担当部署)

(研修担当者名)

病院研修生受入における特別許可のお願いについて

滋賀医科大学医学部附属病院病院研修の受入において、下記のやむを得ない事由により、研修を特別に許可していただきますようお願いいたします。

なお、必要書類については、早急に提出しますことを約束します。

記

病院研修生氏名 ○○ ○○

研修内容 ○○○○○○

研修期間 年 月 日 から 年 月 日まで (実日数 日)

事由 :

承 諾

担当部署

担当部署 (長)

印

(注・本紙は通常の研修生受入の申込書ではありません。また、本紙の承諾をもって、研修受入の決定をするものではありませんので、ご注意ください。)

※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 京都府立医科大学附属病院 所在地 京都府 #施設番号 501853

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
提出書類につきましては、必要になりましたらこちらから研修生に連絡をいたします

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。

施設名 大阪赤十字病院

所在地 大阪府 施設番号 501885

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、QFT または T-SPOT]

- 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

~~別紙参照（エトワント、個人情報保護の誓約書、抗体検査）~~

※該当の研修生へ別途ご案内いたします。

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あります、予めご了承ください。

施設名 大阪公立大学医学部附属病院

所在地 大阪府 #施設番号 501889

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 []

当院指
の様式

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

・ (様式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

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。

施設名 国立大学法人 大阪大学医学部附属病院 所在地 大阪府 #整理番号 85 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

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ いいえ

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 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）」（総括係宛①、②）

~~「抗体検査結果及び胸部レントゲン検査結果報告書」~~ ←様式名変更

「申請書・誓約書（研修生本人記入分）」

（別紙） 実習・研修受入れの内諾並びに胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果について ←

10. 認定輸血検査技師制度協議会から貴施設への提出書類がありましたら、ご記入下さい（総括係宛③）

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。

お願い：他部署の書類はお預かりできないため、輸血部宛と教育研究支援課総括係宛は別々にご送付お願い申し上げます。
尚、教育研究支援課総括係宛は、以下5点です。

- ①申請書（所属機関記入分） ②誓約書（所属機関記入分）
③（別紙） 実習・研修受入れの内諾並びに胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果について
④履歴書 ⑤臨床検査技師免許写し

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（本人様式）（別紙様式2）
- (3) 履歴書
- (4) 職種免許証（写）
- (5) その他本院が必要と認める書類

2 前項第4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。

(請求)

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、規程第4条第1項に定める研修料を病院研修生に請求する。

(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3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、本院教育研究支援課総括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。

附 則

この要領は、令和6年4月1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

大阪大学附属病院研修生申請について

当施設職員を貴院において、大阪大学附属病院研修生受入れ規程に基づく病院研修生として、下記により研修を受ける事を申請しますのでよろしくお願い申し上げます。

なお、研修期間中に、研修生が不慮の災害等に遭った場合は当方の責任において対処しますことを申し添えます。

記

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

施 設 名

住 所

所 属 長

印

令和 年 月 日

誓 約 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

所 属 施 設

代 表 者 氏 名

印

貴院における研修において、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則及び指示事項に従い、研修生として規律ある行動をとらせます。
2. 研修生が故意または過失により、貴院に損害を与えた場合は、当方の責任において対処します。
3. 研修期間中貴院において研修生が本人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当方が責任を持って研修生に指導します。
5. 研修受入れの内諾並びに胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果については、別紙のとおり相違ありません。

以上

(別紙) 実習・研修受入れの内諾並びに胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果について

大阪大学医学部附属病院長 殿

施設等名: _____ 提出日: _____ 年 月 日

1. 実習・研修受入れの内諾

Table with 4 columns: 受入部署・担当者, 受入れの内諾, and checkboxes.

2. 胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果

以下「ワクチン接種歴、抗体検査結果等」の要件を満たさない場合は受入部署に事前の了解を得てください。

Flowchart table with columns: 要件を満たしているか, はい・いいえ, (いいえの場合)事前了解取得日, 年 月 日

- ※2 ワクチン接種歴が2回ない場合又は不明な場合、抗体価測定を行ってください。
※3 保留の場合はワクチンを1回接種、陰性の場合はワクチンを2回接種してください。検査結果が測定値のみの場合は、下欄に掲載の検査法により検査結果を判断してください。
※4 ワクチンは3回接種してください。また、接種1か月後に可能な限り抗体価測定を行ってください。
※5 抗体価<10でもワクチンを3回接種済みである場合には、追加接種する必要はありません。3回以上接種しているが抗体価測定を行っていない場合は、ワクチンを1回追加接種してください。

※1 実習/研修開始前1年以内

Main data table with columns: 付番, 実習/研修生氏名, 胸部レントゲン検査, 麻疹, 風疹, 水痘, 流行性耳下腺炎, B型肝炎. Includes sub-headers for 麻疹, 風疹, 水痘, 流行性耳下腺炎, and B型肝炎.

- 【留意事項】
● 「2. 胸部レントゲン検査結果及び抗体検査結果」は、1週間以上の実習・研修を行う場合に記載が必要となります。
● 胸部レントゲン検査について、検査日が実習/研修開始の1年以上前の場合及び検査の結果、異常があった場合は、活動性結核が否定されるまで、本院で実習・研修等を行うことはできません。
● ワクチン接種歴は1歳以降で接種したものを母子手帳や学校、勤務先等での証明書等を確認して記載してください。
● 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）及び抗体検査結果の証明書は、貴機関にて相違ないことをご確認のうえ保管ください。
● 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。また本人が発症した場合、患者への2次感染拡大も危惧されます。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。
● 検査法（右図のとおり） ※出典：（社）日本環境感染学会ワクチン委員会「医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版」（2020年6月15日作成）

Table with 3 columns: 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. Rows include 麻疹, 風疹, 水痘, and おたふくかぜ.

表1 MMRV抗体価と必要予防接種回数
麻疹抗体価: 陽性: 10 IU/ml以上, 陰性: <10 IU/ml
風疹抗体価: 陽性: 10 IU/ml以上, 陰性: <10 IU/ml
水痘抗体価: 陽性: 10 IU/ml以上, 陰性: <10 IU/ml
おたふくかぜ抗体価: 陽性: 10 IU/ml以上, 陰性: <10 IU/ml

施設名 大阪医科薬科大学病院

所在地 大阪府 施設番号 501911

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〔 結核に対して、胸部レントゲン（1年以内）の検査結果 〕

- 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。

ウイルス抗体価・ワクチン接種等に関する感染症証明書の提出について

本院では感染対策の一環として、感染症抗体検査結果等の提出をお願いしています。また基準を満たさない場合はワクチン接種を推奨しています。実習される皆様を種々の感染症から守るだけでなく、患者様への感染源とならないようにするためにご協力をお願い致します。

なお、個人情報とは本学保健管理室および病院感染対策室が共有し、原則として第三者に開示いたしません。ただし、院内感染において緊急を要する場合、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者に開示することがあります。

感染症証明書(実習生)(別紙)作成についての注意事項

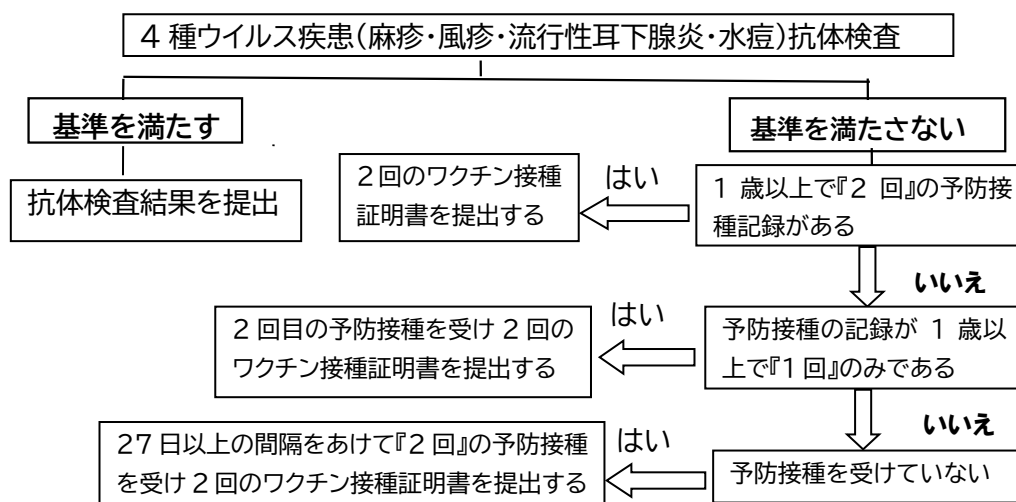
【麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎について】

- ①抗体検査結果を記入して下さい。本院では以下の検査方法でお願いしております。また以下の表に基づき判定をして下さい。

感染症名	推奨 検査方法	基準を満たす
麻疹	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):16.0 以上
風疹	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):8.0 以上
流行性耳下腺炎	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):4.0 以上
水痘	EIA 法(IgG)	EIA 法(IgG):4.0 以上

(参照: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」)

- ②基準を満たしていない場合はワクチン接種を推奨しています。その際、以下のフローチャートを参考にして下さい。



- ③母子手帳や医療機関の接種記録の添付は必要ありません。医師が母子手帳や医療機関の接種記録を確認の上、感染症証明書(実習生)に記載し、署名と印をお願いいたします。

※場合により母子手帳や接種記録の写しの提出を求めることもあります。

- ④疾患のワクチンは、全て生ワクチンですので、妊娠中や免疫機能に異常がある場合、あるいはアレルギーなど、健康状態悪化が危惧される場合は、接種できませんのでご注意ください。

また、その旨を記載して下さい。

- ⑤実習期間中に感染症が発生した場合、免疫不十分の方の実習を制限する可能性があります。

【結核】

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。

【インフルエンザ】

冬期(12月～3月)に実習が行われる場合は、インフルエンザワクチンの接種を推奨します。

【問い合わせ】

大阪医科大学 保健管理室 072-684-6550(直通)

2022年10月18日

感染症証明書 (実習生)

氏名		生年月日	年 月 日	
学校名・所属		年齢	歳	男・女
本学での実習部署				

【抗体検査結果】5年以内の抗体検査結果を記入して下さい(必須)

感染症名	抗体検査結果(5年以内)				判定基準
麻疹	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :16.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			
風疹	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :8.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			
流行性耳下腺炎	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :4.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			
水痘	検査日	年	月	日	EIA法(IgG) :4.0以上
	検査法	EIA法(IgG)			
	抗体価	判定 基準を満たす ・ 基準を満たさない			

【ワクチン接種歴】出生以降の接種歴を記載して下さい。

感染症名	1	2	3	4	5
麻疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
風疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
水痘	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

□ 上記のワクチン接種により健康状態(アレルギー等)悪化が危惧され、接種できない。

※母子手帳などで、記録をご確認の上記載してください。

【結核】胸部レントゲンは必須事項です。

	検査日	検査結果
胸部レントゲン(1年以内)	年 月 日	異常有 ・ 異常無

【インフルエンザ】冬期(12月～3月)に実習が行われる場合のみ記入して下さい。

	接種日
インフルエンザワクチン	年 月 日

上記のとおり相違なく、貴学での実習には問題ないと判断します。

年 月 日 医師(学校医)名 印

機 関 名 _____

感染対策室	保健管理室

誓 約 書

学校法人 大阪医科薬科大学
理事長 植木 實 殿

1. 私は、業務の支障にならないことはもちろん、関係教職員の業務指示に従います。
2. 私は、実習等の期間中はもちろん、その後においても、個人情報保護の基本方針を遵守し、実習等において知り得た個人情報等および法人機密情報を第三者に漏らすようなことは致しません。
3. 私は、私の故意又は過失により、大学および大学病院の施設、備品等を損傷した場合又は自身もしくは第三者に損害を与えた場合は、その責任を負います。

以上、誓約いたします。

____年 ____月 ____日

学校名 (所属名) _____

氏名 (自署) _____

施設名 関西医科大学附属病院

所在地 大阪府 施設番号 502629

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 クオ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。

施設名 近畿大学病院

所在地 大阪府 施設番号 501938

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

- ① 個人情報誓約書 ② 774-抗体検査依頼書

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

① 実習・見学の受入依頼について（承諾書）

② 実習・見学の100 近畿大学病院に入構可能な者の名簿一覧

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。

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

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

施設名 社会医療法人景岳会南大阪病院

所在地 大阪府 #施設番号 501898

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 ・ ヘルペス ・ 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

病院長宛の依頼書

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あります、予めご了承ください。

施設名 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 所在地 兵庫県 施設番号 518601

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 []
* 当院の受入基準を満たしていること、当院様式の報告書をご提出ください。
詳しくは、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

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、774種および感染症(抗体保有)検査報告書、契約書、
セキリカード利用申請書(全て当院様式) 詳しく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しております、予めご了承ください。

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	<input type="checkbox"/> 委託業務 <input type="checkbox"/> 実習関係 <input type="checkbox"/> その他	内容詳細 ()	
入館人数	人	代表者・氏名	
	※複数人の場合は、名簿を提出して下さい	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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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.	

加古川中央市民病院

院長

様

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		<input type="checkbox"/> 実習生	<input type="checkbox"/> 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)	
					満たす	満たさない		
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	≥ 10.0 mIU/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

<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 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

ワクチン接種不适当理由書

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

施設名 兵庫医科大学病院

所在地 兵庫県 #施設番号 501983

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（個人情報に関する誓約書） 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

依頼文書、申込書、契約書及び個人情報に関する誓約書のご提出を、期限までにお願いします。

細部については、次のURLをご参照下さい。（<https://www.hosp.hyo-med.ac.jp/medical/apprentice/>）

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。

兵庫医科大学病院長 殿

個人情報に関する誓約書

この度貴院にて実習・研修を行うにあたり、実習・研修中及び終了後も個人情報の取扱いに関して下記の事項を誓約いたします・

1. 個人情報に関する法令ならびに貴院の規則を守り、業務上の指示、命令に従います。
2. 実習・研修施設内外での守秘義務を遵守します。
3. 取得した個人情報の管理を厳重に行い、個人が特定できる情報を一切施設外に持ち出しません。

年 月 日

施設名 _____

氏名 _____ 印

2021年3月23日

各学校・施設責任者 殿

兵庫医科大学病院 病院長
学校法人兵庫医科大学 保健管理センター長

実習生・研修生の感染性疾患防止対策について

2020年7月の日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」の改版に伴い、1歳以上で「2回」の予防接種の記録か、既罹患等で予防接種を受けていないものは抗体価検査結果を、**実習前に医療機関に提出することが原則とされました。**

別紙①「感染性疾患防止対策」及び別紙②「抗体価検査等結果証明書」を改訂しましたので、ご留意頂くとともに、ご周知頂きますようお願い致します。

記

■改訂内容について

別紙①「感染性疾患防止対策（2021.2版）」

- ・ B型肝炎抗体価の提出が必要な職種：医師・歯科医師・看護師・助産師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・歯科衛生士・歯科技工士・臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士・視能訓練士・救急隊員

別紙②「抗体価検査等結果証明書（2021.2版）」

- ・ B型肝炎抗体価については、対象資格実習者は必須とした。

■実習生・研修生の感染性疾患防止対策

- ・ 2022年3月までに受け入れる実習生・研修生

別紙①「感染性疾患防止対策（2021.2版）」に則り、抗体価検査及びワクチン接種等の準備を進めて頂く猶予期間のため、別紙②「抗体価検査等結果証明書（2021.2版）」の提出は不要とする。

- ・ 2022年4月以降に受け入れる実習生・研修生

実習開始1か月前までに、別紙②「抗体価検査等結果証明書（2021.2版）」を契約書類とともに提出頂く。

■感染性疾患防止対策が必要な対象者

1週間以上の実習、研修等を行う者とする。

■提出された別紙②「抗体価検査等結果証明書」について

保健管理室で内容の確認を行い実習終了まで保管し、返却はしない。

実習年度終了後に、保健管理室において廃棄する。

この件に関する問い合わせ先

感染性疾患防止対策に関すること：保健管理室（Tel0798-45-6544）

実習の契約に関すること：病院事務部管理課（Tel0798-45-6611）

感染性疾患防止対策

1. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎について（必須）

以下の条件のいずれかを満たすこと

1. 抗体価に係わらず、2回のワクチン接種歴がある
2. 抗体価判断基準（下表）「今すぐの予防接種は不要」である
3. 抗体価判断基準に応じて必要なワクチン接種歴がある

※ アレルギー等によりワクチン接種ができない『接種不適応者』は、感染予防に十分注意すること（ハイリスク部署での実習を避ける等の調整を行う）

【抗体価判断基準】 <医療関係者のためのワクチンガイドライン（第3版）より>

疾患名	抗体価		
	あと2回予防接種が必要	あと1回予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) : <2.0 PA法 : <1:16 中和法 : <1:4	EIA法 (IgG) : 2.0~15.9 PA法 : 1:16, 32, 64, 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	EIA法 (IgG) : <2.0 HI法 <1 : 8	EIA法 (IgG) : 2.0~7.9 HI法 : 1 : 8, 16	EIA法 (IgG) : 8.0以上 HI法 : 1 : 32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
流行性耳下腺炎	EIA法 (IgG) : <2.0	EIA法 (IgG) : 2.0~3.9	EIA法 (IgG) : 4.0以上
必要なワクチン接種回数	2回	1回	不要

2. 結核について（必須）

以下の条件のいずれかを満たすこと

1. 過去1年以内に実施した胸部レントゲン検査の結果において、異常所見（結核の発症を示す所見）がない（結核を疑う所見を認める場合は、精密検査を受診し、適切な治療を行っていること）
2. 在学中に実施したIGRA（抗原特異的インターフェロン- γ 遊離検査）の結果、「陰性」の証明がある（IGRAの結果が、「陽性」「判定保留」の場合は、画像検査結果で異常がないことの診断を受けること）

※ 実習・研修開始前1ヶ月以内に2週間以上続く咳、微熱等がみられた場合は、医療機関を受診し画像検査に異常がないことの診断を受けること。

3. 季節性インフルエンザについて（実習時期に応じて必須）

- ・ 12月～3月の実習については、インフルエンザワクチンを事前に接種すること
- ※ アレルギー等によりワクチン接種ができない『接種不適応者』は、感染予防に十分注意すること

4. B型肝炎について（対象の資格実習）

対象の資格実習：医師・歯科医師・看護師・助産師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・
歯科衛生士・歯科技工士・臨床工学技士・理学療法士・作業療法士・
言語聴覚士・視能訓練士・救急隊員

HBs抗体が陽性（CLEIA法またはCLIA法：10mIU/mL以上）であることを推奨する。
3回接種を行い、接種終了後は抗体価を測定。

- ※ 1シリーズで抗体陽性とならなかった場合は、2シリーズのワクチン接種を行う。その場合、B型肝炎の備考に「2シリーズ行ったが抗体価陽性とならなかった」等の記載。2シリーズでも抗体陽性化が見られない場合は『ワクチン不応者』として血液体液曝露に際して厳重な注意と対応を行うこと。

5. その他

- ・ 病院実習時には体調管理、感染予防に十分注意し、発熱、発疹、呼吸器症状（咳・痰）、消化器症状（下痢・嘔吐）等の症状発現時には、病院実習を控えるなどの適切な対応を行うこと。以上

抗体価検査等 結果証明書

別紙②

兵庫医科大学病院 病院長 殿

施設・学校名

実習・研修生氏名：

(実習・研修期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎【必須】

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (該当箇所 に○)	測定値	基準			ワクチン 接種日 (年月日)	2回予防接 種、または抗 体価(必要な ワクチン接 種)がある
				2回 予防接種	1回 予防接種	すぐの 予防接種 不要		
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		<2	2-15.9	≥16.0	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	
		PA		<16	16-128	≥256		
		中和法		<4	4	≥8		
風疹	年 月 日	HI		<8	8-16	≥32	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	
		EIA(IgG)		<2	2-7.9	≥8.0		
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		<2 (-)	2-3.9	≥4	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	
		IAHA		<2	2	≥4		
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		<2 (-)	2-3.9	≥4 (+)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	
備考								

結核【必須】

項目	検査日(年月日)	検査結果(該当箇所○)	基準
胸部レントゲン	年 月 日	結核所見の有無：有・無	無
※所見有の場合は、対応内容を記載してください。			

※ I G R A検査を行っている場合は記載してください。

検査項目(該当項目○)	検査日(年月日)	検査結果	基準
QFT / T-スポット	年 月 日		陰性
※陽性の場合は、画像検査結果を記載してください。			

B型肝炎【対象資格によっては必須】

項目	検査日 (年月日)	検査方法	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	年 月 日				1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日
	年 月 日				3回目： 年 月 日
備考					

季節性インフルエンザワクチン【実習時期が12月~3月の場合は必須】

項目	ワクチン接種日(年月日)
インフルエンザワクチン	年 月 日

上記のとおり証明します。

年 月 日

施設・学校名又は医療機関名：

施設・学校責任者又は医師名：

(問合せ先：担当者

電話番号

印

) 2021.2

抗体価検査等 結果証明書

記入例

兵庫医科大学病院 病院長 殿

施設・学校名 ○○○○大学

実習・研修生氏名: ○○ ○○

(実習・研修期間 2021 年 12 月 12 日 ~ 2022 年 1 月 12 日)

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎【必須】

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (該当箇所に○)	測定値	基準			ワクチン 接種日 (年月日)	2回予防接種 または抗体価 (必要なワクチン接種回数)がある
				2回 予防接種	1回 予防接種	すぐの 予防接種 不要		
麻疹	2015年5月30日	EIA(IgG)	<2	<2	2-15.9	≥16.0	1回目: 2015年7月7日 2回目: 2015年8月24日	○
		PA	<16	16-128	≥256			
		中和法	<4	4	≥8			
風疹	2015年5月30日	HI	16	<8	8-16	≥32	1回目: 2015年6月15日 2回目: 年 月 日	○
		EIA(IgG)	<2	2-7.9	≥8.0			
水痘	年 月 日	EIA(IgG)	<2	2-3.9	≥4	1回目: 2005年10月27日 2回目: 2006年12月15日	○	
		IAHA	<2	2	≥4			
流行性 耳下腺炎	2015年5月30日	EIA(IgG)	6.6	<2 (-)	2-3.9	≥4 (+)	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日	○
備考								

結核【必須】

項目	検査日(年月日)	検査結果(該当箇所に○)	基準
胸部レントゲン	2016年4月3日	結核所見の有無: 有 無	無
※所見有の場合は、対応内容を記載してください。			

※ I G R A 検査を行っている場合は記載してください。

検査項目(該当項目に○)	検査日(年月日)	検査結果	基準
QFT / T-スポット	2016年5月30日	陰性	陰性
※陽性の場合は、画像検査結果を記載してください。			

B型肝炎【対象資格によっては必須】

項目	検査日 (年月日)	検査方法	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	2014年4月28日	CLIA	6.5	≥10.0mIU/mL	1回目: 2014年5月20日 2回目: 2014年6月21日 3回目: 2014年11月18日
	2015年5月30日	CLIA	126.5		
備考					

季節性インフルエンザワクチン【実習時期が12月~3月の場合は必須】

項目	ワクチン接種日(年月日)
インフルエンザワクチン	2021年10月15日

上記のとおり証明します。

2021年 11月 1日

施設・学校名又は医療機関名 : ○○○○大学

施設・学校責任者又は医師名 : ○○ ○○

印

(問合せ先: 担当者○○ ○○ 電話番号 ○○-○○○○) 2021.2

施設名 天理よろづ相談所病院

所在地 奈良県 井施設番号 502022

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 施設番号 502026

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 [新型コロナウイルスワクチンの接種歴]

*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あります、予めご了承ください。

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 新型コロナウイルスワクチンを接種した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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。

第3号様式（第2条関係）

協 定 書

奈良県立医科大学附属病院における実習生の受入れに伴う取扱要領に基づき、奈良県立医科大学附属病院（以下「甲」という。）と〇〇〇（以下「乙」という。）は、〇〇年度の実習生の受入れに関し、以下のとおり協定を締結する。

第1 甲は、乙から実習生の受入れ申請があった場合には、誠意を持って実習を受け入れるようにする。

第2 乙は、学生等への就職斡旋や就職相談等に際し、甲についての情報提供に努めるなど、甲からの依頼には誠意を持って協力するものとする。

第3 乙は、実習生及び引率者の抗体価及びワクチン接種調査票を提出することとする。

第4 受入れに伴う実習費（1人日額 円）以外に発生した費用は実費請求する。

第5 その他この協定書に定めのない事項及び疑義が生じたときは、甲、乙協議の上、決定するものとする。

上記協定の締結を証するため、本協定書を2通作成し、甲、乙それぞれ記名押印の上、各1通を保管するものとする。

年 月 日

甲	住所	檀原市四条町840番地	
	名称	奈良県立医科大学附属病院	
	氏名	病院長 吉川 公彦	印

乙	住所		
	名称		
	氏名		印

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。

(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

実習生名

年

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。