

施設名 国立大学法人 九州大学病院

所在地 福岡県 #施設番号 502249

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 [各施設の健康診断書で可]

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 [* 下記のHPから必要書類をダウンロードし回答して下さい。]

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

病院研修受入申請書等 * 詳細は下記HPを参照してください。

(九州大学病院 臨床教育研修センター → 病院研修 → 必要書類)

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
ありません。毎年この場で、WEBで回答できるようにしていたらいいと
思っています。

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。

施設名 産業医科大学病院

所在地 福岡県 施設番号 502237

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（研修開始日より）年以内（受診したもの）

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
（当院指定の様式のものをお渡しいたします）
- 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
別紙をご参照ください。

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。

産業医科大学病院 病院研修受け入れに係る提出書類について

1. 病院研修希望者が事前提出する書類については、(1)及び(2)とする。
2. (2)について、基準値を満たしていない場合は、「麻疹、風疹、水痘、ムンプス」のワクチンを1歳以上で2回接種済みであれば、抗体価の値に係わらず受け入れ可能とし、(3)を提出するものとする。

(1) 健康診断書の写し ※研修開始日より1年以内に受診したもの

(2) 「麻疹、風疹、水痘、ムンプス」の抗体価基準値(表1)を満たした検査結果の写し
※抗体価検査結果証明書の有効期限はない

(表1抗体価基準値)

項目	基準値
麻疹	「EIA法(IgG)16.0以上」、「PA法1:256以上」、「中和法1:8以上」
風疹	「HI法1:32以上」、「EIA法(IgG)(A)8.0以上、(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」、「LTI法(J)35IU/mL以上」
水痘	「EIA法(IgG)4.0以上」、「IAHA法1:4以上」、「中和法1:4以上」
ムンプス	「EIA法(IgG)4.0以上」

(3) 「麻疹、風疹、水痘、ムンプス」のワクチンを2回接種済みの証明書(母子手帳等)の写し

施設名 雪の聖母会 聖マリア病院

所在地 福岡県 井施設番号 502268

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 福岡大学病院

所在地 福岡県 施設番号 502253

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〔 流行性耳下腺炎、季節性インフルエンザ77777接種（11月～3月）〕
結核（胸部エックス線写真による診断は必須）

- 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

同意書、名刺用写真（横2.5cm x 縦3.0cm）
実習・研修生用予防接種/抗体価・結核記録表

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
院内研修実習及び見学許可願、委託契約書

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。

最上位 > 第18編 学部 > 第5章 医学部附属病院 > 第8款 受入関係

国立大学法人佐賀大学医学部附属病院研修生受入規程

平成16年4月1日
制 定

(趣旨)

第1条 薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師等別表に掲げる医療に関する職種の免許を有する者を佐賀大学医学部附属病院（以下「附属病院」という。）において研修させる場合の手続等は、この規程の定めるところによる。

(手続及び許可等)

第2条 研修を受けようとする者は、別紙様式による申請書に次に掲げる書類を添えて医学部附属病院長（以下「病院長」という。）に申請するものとする。

- ① 履歴書（写真添付）
- ② 免許証の写
- ③ 健康診断書（医師の作成したもの）
- ④ 勤務先所属長の承諾書（申請時に就職していない者については不要。ただし、研修期間内に就職するにいたった場合は、当該承諾書を提出するものとする。）

2 病院長は、前項の規定により研修の申請があったときは、附属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。

3 研修期間は、その職種に応じ、別表のとおりとし、研修を許可する日の属する年度を超えないものとする。

(研修料)

第3条 前条第2項により研修を許可された者（以下「病院研修生」という。）は、研修生研修料を納付しなければならない。

2 研修生研修料は国立大学法人佐賀大学料金規程（平成16年4月1日制定）第2条に規定する額とする。ただし、病院研修生等から、規定する研修生研修料より高額の申し出があるときは、当該申し出の金額をもって研修生研修料の額とすることができる。

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

4 研修料を研修の開始前までに納付しない者に対しては、病院長は、研修の許可を取消すものとする。

5 既納の研修料は、原則として返還しない。

(研修課程)

第4条 病院研修生の研修課程は、病院長が別に定める。

(研修)

第5条 病院研修生は、病院長の指示に基づき研修を行うものとする。

(諸規程の遵守)

第6条 病院研修生は、本学の諸規程を遵守しなければならない。

(研修証明書の交付)

第7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8条 病院研修生が第5条若しくは第6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を行ったときは、病院長は、当該病院研修生の研修を停止させ、又は第2条第2項の許可を取消することができる。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、病院研修生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4月1日から施行する。

附 則（平成20年1月17日改正）

この規程は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成28年7月20日改正）

この規程は、平成28年7月20日から施行する。

別表

病院研修生の受入職種及び研修期間

受入職種	研修期間
救急救命士	12月以内
薬剤師	6月 "
看護師	6月 "
助産師	6月 "
保健師	6月 "
診療放射線（エックス線）技師	6月 "
臨床（衛生）検査技師	6月 "
理学療法士	6月 "
作業療法士	6月 "
視能訓練士	6月 "
栄養士	6月 "
歯科技工士	6月 "
歯科衛生士	6月 "
言語聴覚士	6月 "
臨床工学技士	6月 "
義肢装具士	6月 "
上記以外の職種	6月 "

別紙様式

別紙様式

病院研修生受入申請書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

申請者

住 所

勤務先及び職名

ふりがな

氏 名

印

貴病院における病院研修生として下記のとおり研修したいので、必要書類を添えて申請します。

記

研修職種

研修期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

研修目的

遵守事項

- ① 研修に際しては、貴学の諸規程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 万一申請者の故意又は過失による事故等により、貴病院に損害を及ぼした場合又は申請者が被災した場合は、申請者が一切責任を負います。

備 考

研 修 承 諾 書

令和 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

機関名

勤務先所属の長



このたび貴病院研修生として下記により研修を行うことを承諾いたします。

記

1 研修生 職

氏 名

2 研修部門

3 研修期間 令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

佐賀大学医学部附属病院 御中

駐車場使用申請書

貴病院での病院研修につきまして、駐車場の利用を申請します。
お取り計らい下さいますよう、よろしく願いいたします。

氏名	
所属	
連絡先電話番号 (個人の携帯)	

車種	
車両ナンバー	
色	

駐車場利用に際して

(病院受託実習生・病院受託研修生)

複数日にまたがる実習や研修で佐賀大学附属病院へ来訪される際に、公共交通機関ではなく自家用車での場合は事前に申請し許可が下りれば、構内の職員駐車場を利用することができます。(2km以上の移動)

駐車場利用申請手続き

実習生(研修生)受入申請手続きをされると同時に以下2点もご提出ください

- ① 駐車場使用申請書
- ② 車検証写し

実習(研修)初日

- ・ 実習当日(初日)は病院外来駐車場に停めて、日中の時間帯のうちに管理棟1階の経営管理課総務係まで駐車券を持参し、無料措置をしてもらってください
- ・ その際に名前や用務をお伝えいただければ、臨時駐車許可証と臨時パスカードを受領できます

実習(研修)2日目以降

- ・ 翌日以降は臨時パスカードを使って構内の関係者駐車場に停めていただきます
- ・ 入庫ゲートの手前で臨時パスカードをかざすと、バーが上がり構内に入れます
- ・ 駐車中は臨時駐車許可書をフロントガラス内側に置いたままです

実習(研修)の最終日

- ・ 最終日も関係者駐車場に駐車してください
- ・ 日中の時間帯のうちに臨時駐車許可証と臨時パスカードを経営管理課総務へ返却ください
- ・ それの代わりに機械に吸い込むタイプの駐車券をお渡しするので、お帰りの際はそれを使って出庫することになります

なお、申請手続き完了後であれば実習(研修)開始日の数日前より臨時パスカードの受取りも可能です。その際は事前にお電話でご相談ください。

経営管理課 外部資金

(実習生研修生受入事務手続き) 吉田

0952-34-3020

経営管理課 総務主担当

(駐車場手続き) 34-3106, 34-3309

施設名 国立大学法人 長崎大学病院

所在地 長崎県 #施設番号 502286

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、回答文書及びメールにてご案内させていただきます。

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。

医療実習等実施にかかる条件

(令和6年6月1日)

【実習生・研修生・研修登録医】

①学内からの受入れの場合、各学部が事前に各診療科等に確認して定めた条件を遵守した上で、受入れ可能とする。

※新型コロナウイルス等において陽性となった場合は、実習を中断し、各学部の学務課へ連絡すること。実習復帰については本院の就業制限に従うこと。

②学外からの受入れの場合、以下の事項を遵守した上で、受入れ可能とする。

- ・ 実習内容・時間等について、各受入部署で必要と判断した場合は制限を設けた上で実習を実施することとする。
- ・ 発熱や呼吸器症状等の風邪の症状がある場合は、実習を控え医療機関を受診すること。また、新型コロナウイルス等の有無に関わらず症状が消失するまでは実習を控えること。
- ・ 新型コロナウイルス等において陽性となった場合は、実習を中断し、本院総務課(人事)まで連絡すること。実習復帰については本院の就業制限に従うこと。※就業制限については個別にご案内いたします。
- ・ 実習期間中、本院敷地内ではマスクを着用すること。
- ・ 各養成機関については、発熱及びその他感染症状がないことを確認するとともに、従来通り継続して健康管理を行うこと。
- ・ アルバイトについては、感染防御に万全を期した上で行うこと。

※長崎県のCOVID-19新規感染者数やコロナ病床使用率の増加状況によっては制限を強化することがあるので注意すること。

施設名 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 所在地 長崎県 施設番号 502293

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 熊本赤十字病院

所在地 熊本県 井施設番号 502304

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 (概ね6ヶ月以内)]
- 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

7) 誓約書については、当院における実習生等の受入れに関する規程の様式3を
ご提出ください。

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
 研修受入れについての依頼文（研修者氏名、所属、研修日程等）

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。

熊本赤十字病院における実習生等の受入れに関する規程

(趣旨)

第1条 この規程は、熊本赤十字病院（以下、当院という。）における、医療従事者を目指す者の実習及び医療従事者の研修（以下、「実習等」という。）の受入れについて、必要な事項を定め、実習等の秩序維持及び能率向上を目的とする。

(定義)

第2条 当院に学生等の実習を委託できる機関は、医師、薬剤師、看護師、助産師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、救急救命士、医療事務等の医療従事者の養成を目的とする学校もしくは養成所等（以下、「委託機関」という。）とする。

2 当院に研修を委託できる機関は、医師、薬剤師、看護師、助産師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、救急救命士等が所属する医療機関等（以下、「委託機関」という。）とする。

3 実習等の受入れ対象となる者は、委託機関に属している者で、委託機関の長からの委託申請により当院での実習等を許可された者（以下、「実習生等」という。）とする。

(申請及び承認)

第3条 委託機関の長は、実習等を当院に委託するときは、別紙1に掲げる提出書類を添えて院長に申請する。

2 院長は、前項の申請があったときは、当院の業務に支障がないと認められ、かつその実習等の効果が認められると判断できる場合には、受入れを許可する。

(実習等の費用)

第4条 委託機関の長は、実習等に要する費用として、実習生等1人につき、1日あたり1,000円（税抜）を納入しなければならない。ただし、委託機関が提示した額がその額を上回る場合、または院長が認めたものは、この限りではない。

2 委託機関の長は、前項により決定した実習等に要する費用を、当院が指定する期日までに納入しなければならない。

(実習生等の義務)

第5条 実習生等は、別紙2に定める「熊本赤十字病院 実習生等の心得」を理解し、遵守しなければならない。

2 実習生等は、前項の心得の遵守について、別紙3の誓約書を提出する。

(災害補償)

第6条 実習生等の実習等期間中における疾病及び障害、または実習等後に生じた実習等に起因する疾病及び障害について、その原因が自己の責めに帰する場合、当院はその責任を一切負わないものとする。

(損害責任)

第7条 実習生等が、故意または過失により、当院または患者に損害を与えた場合は、法令等の定めるところにより、当院は実習生等の所属する委託機関に対して、その損害賠償を求めることができる。

2 委託機関の長は、前項の規定により損害賠償を求められたときは、法令等の定めるところにより、その責任を負うものとする。

3 実習生等は、所属する委託機関の長の指示に従い、誠意をもってその問題解決に努めなければならない。

(実習等の停止及び許可取消)

第8条 実習生等が第5条の規定に違反し、または実習生等としてふさわしくない行為があったときは、院長は当該実習生等の実習等を停止、または第3条第2項による許可を取り消すことができる。

2 院長は、前項の規定により実習等を停止させ、または実習等の許可を取り消すときは、これを委託機関の長に通知する。

(その他)

第9条 この規程に定めるほか、実習生等の受入れに関し必要な事項は、必要に応じてその都度定める。

附 則

この規程は、令和6年2月1日から施行する。

平成17年4月1日施行の「熊本赤十字病院研修生の研修内規」は、令和6年1月31日をもって廃止する。

提出書類

	提出書類	実 習	研 修	提出者	備考
1	依頼文書	○	○	委託機関の長	院長宛て
2	履歴書		○	研修生	
3	誓約書	○	○	実習生 研修生	院長宛て 様式あり…別紙 3
4	契約書	○ (※)	○ (※)	委託機関の長	委託機関の長の押印後、 2部提出 ※1日限りの実習及び短 期間の研修の場合は提出 不要
5	資格免許証の写し		○	研修生	日本で取得している資格 免許であること
6	感染症にかかる抗体価検査 結果	○	○	実習生 研修生	様式あり
7	健康診断結果の写し		○	研修生	直近の健康診断結果を 提出
8	その他院長が必要と認める もの				必要に応じて提出

いずれの書類についても、内容を満たすものであれば様式不問
(上記の提出書類は、担当部署にて3年間保管する。)

熊本赤十字病院 実習生等の心得

当院の実習生等は、下記に定める事項を遵守しなければならない。遵守しない場合には、実習等を中止し、場合によっては、法的措置を含めた対応を講じる。

- (1) 実習等時間内は実習等担当者の指示・指導に従い、当院の諸規則を遵守すること。
なお、実習等の時間は別途締結する契約書等で定められた時間とする。
- (2) 院内秩序を守り、当院の信用を失墜させるような言動は慎むこと。
- (3) 患者及び職員に対して、誠意ある態度で対応し、患者の名誉や品位を傷つけたり、安心を損なうような言動は慎むこと。
- (4) 実習等にあたっては、所属施設で定められた被服及び名札を着用すること。なお、被服については、予め実習生等にて準備すること。
- (5) 無断での欠席及び遅刻は厳禁とする。やむを得ず欠席または遅刻する場合には、速やかに実習等担当者に連絡すること。
- (6) 当院の個人情報保護に関する諸規程を遵守すること。また、実習等中に知り得た業務上の機密及び個人情報を、実習等期間中及び終了後も、第三者に故意または過失によって漏洩してはならない。
- (7) 実習等の開始前に、自己の健康状態のうち当院の指定する事項について報告すること。また、実習等期間中も自己の健康管理に特段の注意を払い、患者に感染させる恐れがある場合は、実習等に参加してはならない。
- (8) 当院の設備及び備品は丁寧に扱い、災害、事故及び盗難等を未然に防止するよう努めること。また、破損、紛失または故障等が生じた場合もしくは発見した場合には、速やかに実習等担当者に報告すること。

誓 約 書

熊本赤十字病院長 様

私は、貴院において実習等をさせていただくにあたり、
「熊本赤十字病院 実習生等の心得」について理解し、
これを遵守することを誓約いたします。

令和 年 月 日

所属施設名 _____

氏名(自署) _____

施設名 大分県立病院

所在地 大分県 #施設番号 502310

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 [証明書の提出の必要はありませんが、抗体がない場合は上記予防接種を
受けていることが必要です]

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
(当院指定)

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

ワクチン接種報告書

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おります、予めご了承ください。

大分県立病院
教育研修センター

令和6年度実習受入に当たってのお願い

時下ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、現在、新型コロナウイルス感染症を取り巻く情勢の中、当院においては感染症指定医療機関としての役割を果たすと共に、患者様・スタッフなど全ての方の安全や、基幹病院としての医療機能を全力で守るべく、慎重に対応しているところでございます。

実習・研修に関しましても、全ての方の安全を考慮して、以下の通り対応させていただきたく存じます。医療情勢や当院の役割をご理解の上ご了承いただき、実習生・研修者へのご指導とご周知につきまして、何卒よろしくお願い申し上げます。

実習・研修受け入れの要件

1. 別紙「誓約書（実習生・研修生記載用）」を提出し、実習開始前及び実習期間中の感染防止対策を徹底すること。
2. 教育機関における緊急時の連絡体制が明確なこと。
3. 感染状況等の変化によって、受入中止となる可能性があることにご承諾いただけること。
4. 実習の開始に当たっては、教育研修センター（大分県立病院内3階）に、「誓約書（実習生・研修生記載用）」を提出すること。

上記について、予めご了承くださいませようようお願い申し上げます。

なお、元来当院では院内感染防止のため、患者様と接触する可能性のある職員（実習生・研修者等も含む）を対象に、B型肝炎・麻疹等各種ウイルス性疾患の抗体検査及びワクチン接種を徹底しております。こちらに関しましては、これまで通りのご対応をお願いいたします。

以 上

誓 約 書

私は、貴院内における実習・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は、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、大分県立病院の命に従い、誠実に行います。
2. 体温 37℃以上、呼吸器症状（咽頭痛、咳、鼻汁、鼻閉、痰など）、倦怠感、頭痛、筋肉痛、味覚異常、嗅覚異常など、平常とは異なるなんらかの症状がある場合には、研修担当者及び部署責任者に報告のうえ、実習・研修を自主的に控えます。
3. 活動性の感染性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。
4. 状況は刻々と変化することを理解し、中止指示等があった場合は、その指示に従います。
5. 大分県立病院内では、①多くの患者様が治療、入院されていること、②基幹病院としての医療機能を維持する必要があることから、「実習・研修前1週間前」「実習・研修期間中」は、以下の感染伝播防止対策を厳守します。

実習・研修前1週間

：以下の内容を確認のうえ、□にチェック☑してください

健康観察の結果、以下の症状がない

- ◆体温 37℃以上、呼吸器症状（咽頭痛、咳、鼻汁、鼻閉、痰など）、倦怠感、頭痛、筋肉痛、味覚異常、嗅覚異常など、平常とは異なるなんらかの症状
（持病があって解熱剤を服用されている方はご相談ください）

実習・研修期間中（自宅での過ごし方、実習期間中の行動）

：以下の内容を確認のうえ、□にチェック☑してください

実習・研修期間中、次の症状がある場合は登院・在院せず、実習・研修の最中でも必ず速やかに研修担当者または部署責任者へ申し出たうえで帰宅する

- ◆体温 37℃以上、呼吸器症状（咽頭痛、咳、鼻汁、鼻閉、痰など）、倦怠感、頭痛、筋肉痛、味覚異常、嗅覚異常など、平常とは異なるなんらかの症状

朝（自宅）、登院後、検温・症状観察を行う

手洗い、手指消毒、マスク着用を徹底する（登院時、来棟時、電子カルテのキーボードなど共有物に触れる前）

休憩時間・カンファレンス時等は、「密室・密集・密接」を避け、部屋の窓を開ける

昼食時等、他者と対面して飲食をしない

以上

年 月 日

大分県立病院長 殿

(実習生・研修生)

所属（科名）

氏名

印

緊急時連絡先

— —

教育機関緊急時連絡先

— —

教育機関担当者名

大分県立病院
教育研修センター

令和5年度実習受入に当たってのお願い

時下ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、現在、新型コロナウイルス感染症を取り巻く情勢の中、当院においては感染症指定医療機関としての役割を果たすと共に、患者様・スタッフなど全ての方の安全や、基幹病院としての医療機能を全力で守るべく、慎重に対応しているところでございます。

実習・研修に関しましても、全ての方の安全を考慮して、以下の通り対応させていただきたく存じます。医療情勢や当院の役割をご理解の上ご了承いただき、実習生・研修者へのご指導とご周知につきまして、何卒よろしくお願い申し上げます。

実習・研修受け入れの要件

1. 実習開始1週間前からの健康状態等を記録した別紙「健康観察票」を提出し、実習開始前の健康管理を徹底すること。また、実習期間中も「健康観察票」を記録し、健康管理を徹底すること。
2. 別紙「誓約書（実習生・研修生記載用）」を提出し、実習開始前及び実習期間中の感染防止対策を徹底すること。
3. 教育機関における緊急時の連絡体制が明確なこと。
4. 感染状況等の変化によって、受入中止となる可能性があることにご承諾いただけること。
5. 当院での実習期間中に実習生の所属校からコロナウイルス感染者が発生した場合、当該所属校からの実習を中止・延期する可能性があること。
6. 実習の開始に当たっては、教育研修センター（大分県立病院内3階）に上記コロナ対策に係る書類を提出すること。

上記について、予めご了承くださいませようようお願い申し上げます。

なお、元来当院では院内感染防止のため、患者様と接触する可能性のある職員（実習生・研修者等も含む）を対象に、B型肝炎・麻疹等各種ウイルス性疾患の抗体検査及びワクチン接種を徹底しております。こちらに関しましては、これまで通りのご対応をお願いいたします。

以上

健康観察票

- 実習開始前の1週間及び実習期間中の記録をお願いします。
- 注意深く健康チェックを実施し、発熱や咳など気になる症状が現れた時や感染が疑わしいときは、速やかに実習部署責任者及び教育研修センターに報告してください。

所屬	氏名:			TEL: (携帯)		
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
記入例	体温(朝)	36.5℃	36.6℃			
	鼻水・鼻つまり	有 / 無	有 / 無			
体温(朝)						
体温(昼)						
体温(晩)						
呼吸器症状	咳	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	呼吸困難	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	鼻水・鼻つまり	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	のどの痛み	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	吐き気、嘔吐	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
その他	頭痛	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	全身倦怠感	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	関節筋肉痛	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	下痢	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	味覚障害	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	嗅覚障害	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
	備考					

※症状について、詳細事項があれば備考欄に記入

健康観察表提出先 体調不良時連絡先	担当者: 教育研修センター	TEL: 097-546-7454
----------------------	---------------	-------------------

※ 体温については、朝、昼、晩の1日3回測定をお願いします。
※ 呼吸器症状やその他については、提出後、何か大きく気になる変化があった場合は、各所属長までお知らせください。

施設名 国立大学法人大分大学医学部附属病院 所在地 大分県 #施設番号 502320

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 []

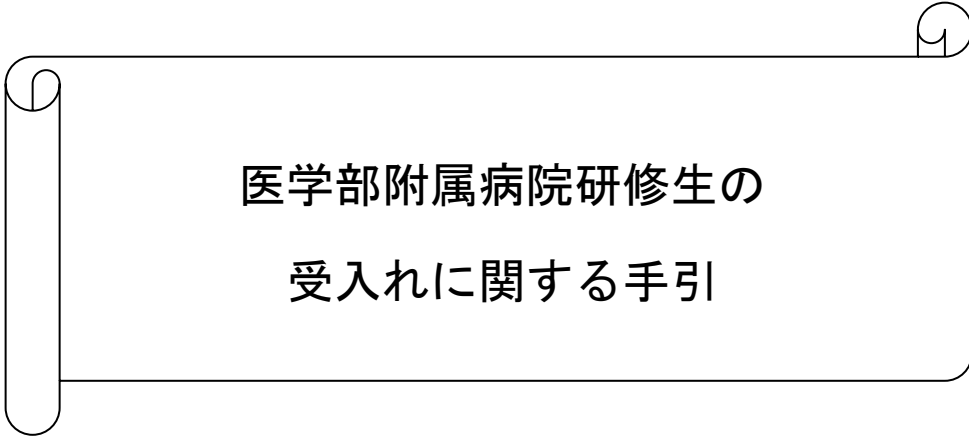
7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ

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。



医学部附属病院研修生の
受入れに関する手引

最終決裁者：医学部附属病院長

(手引に関する担当部署)

医学・病院事務部総務課病院企画係

T E L 097-586-5170

e-mail kikakucy@oita-u.ac.jp

1 病院研修生について

(1) 申込み方法

研修（委託）申請書兼受入許可（不許可通知）書に必要事項を記入の上、以下の必要書類を添付して、研修開始日の8週間前までに、事務担当まで提出してください。

(添付書類)

- 1 履歴書
- 2 健康診断書（胸部エックス線検査を含み、申請日から1ヶ月以内に受診したもの）
- 3 別添「実習生等の受入れについて」に記載の各種感染症抗体保有状況調査書等提出書類
- 4 免許証の写
- 5 職についている者は、所属機関の長の承諾書（医療関係団体等が申請する場合は不要）

許可又は不許可の別は、事務担当を通じて研修（委託）申請書兼受入許可（不許可通知）書により連絡します。

【事務担当】 大分大学医学・病院事務部 総務課病院企画係
 （連絡先）TEL:097-586-5105, FAX:097-586-5119
 〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

(2) 研修料の納付方法

許可された場合は、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、現金又は現金書留により納付できます。また、医療関係団体等が申請する場合は、振込みによる納付もできます。

(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原則として返還しません。

○ 現金又は現金書留の場合の納付方法

下記納付先まで、持参又は送付してください。
 なお、現金は釣銭が要らないようご準備願います。

【納付先】 大分大学医学・病院事務部 経営戦略課総務係
 〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

○ 振込の場合の納付方法（医療関係団体等からの申請の場合のみ）

別途請求書を送付します。
 なお、研修料の振込（請求書の発行）手続を希望された場合でも、事務処理の都合で、現金扱いとなる場合がありますので、ご了承ください。（4月中に研修を開始する場合及び申請書受理から研修開始まで1か月未満の場合）

(3) その他

本院における病院研修生の受入れについては、「大分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

大分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、次のとおりです。

<病院研修生>

- 研修（委託）申請書 兼 受入許可（不許可通知）書

3 個人情報の取扱い

申請書及び添付書類上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。

研修（委託）申請書 兼 受入許可（不許可通知）書

年 月 日

大分大学医学部附属病院長 殿

住 所

氏 名

印

(医療関係団体等名・代表者名)

貴院において、下記のとおり研修（を委託）したいので許可くださるよう申請いたします。

記

研修希望部	研修期間	研修内容

(注) 医療関係団体等が申請する場合

- ① 病院研修生として派遣する者の氏名を「研修内容欄」に付記してください。
 ② 研修料の納付方法について、次のいずれかにを付してください。

研修開始前までに現金又は現金書留にて納入 振込み（請求書の発行）希望

(以下記入不要)

上記にて申請のありました研修について、

- () 病院研修生として受入れを許可します。
 () 誠に申し訳ありませんが、本院では受入れが出来かねますのでご了承願います。

年 月 日 大分大学医学部附属病院長

印

以下受入れ許可者について

研修料 _____ 円

- () 別途請求書を送付いたします。
 () 研修開始前までに現金又は現金書留にて納入願います。

病院長	部 長	課 長	副課長	担当係

(受入れ部署確認欄)	
(受入可)	(受入不可)

受入れ許可書	経営戦略課
(写) 受領印	

(履歴)

平成20年4月1日作成
平成20年7月1日変更
平成21年7月1日変更
平成21年9月28日変更
平成23年10月6日変更
令和元年(2019年)5月29日変更
令和3年(2021年)4月1日変更

実習生等の受入れについて

当附属病院で実習または研修（以下、実習等という）するにあたり、ご自身が感染症に罹患することを防ぐことに加え、受診患者や入院患者への感染源とならないように、所定の抗体検査・ワクチン接種の実施をお願いします。

○ B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎については、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2版」に基づく対応をお願いします。

【学会 URL】 http://www.kankyokansen.org/modules/publication/index.php?content_id=17

1. 病院院内感染防止のために、以下の条件を満たしたものに実習等を許可する

(1) B型肝炎

①HBs 抗体検査で、抗体価が 10mIU/ml 以上の方

- ・ B型肝炎ワクチン接種は不要。

②上記①以外の方

- ・ 0, 1, 6 か月後の 3 回（1 シリーズ）B型肝炎ワクチン接種を行う。
- ・ 3 回目接種終了から 1 か月以上経過後、HBs 抗体検査を行う。抗体価が 10mIU/ml 未満の方は、もう 1 シリーズの投与を検討する。

*B型肝炎ワクチン接種は、抗体価確認まで時間を要しますので、早めの対応をお願いします。

*直接患者に接触する、または患者の血液や体液に触れる機会がない実習等の場合は、必須ではありません。

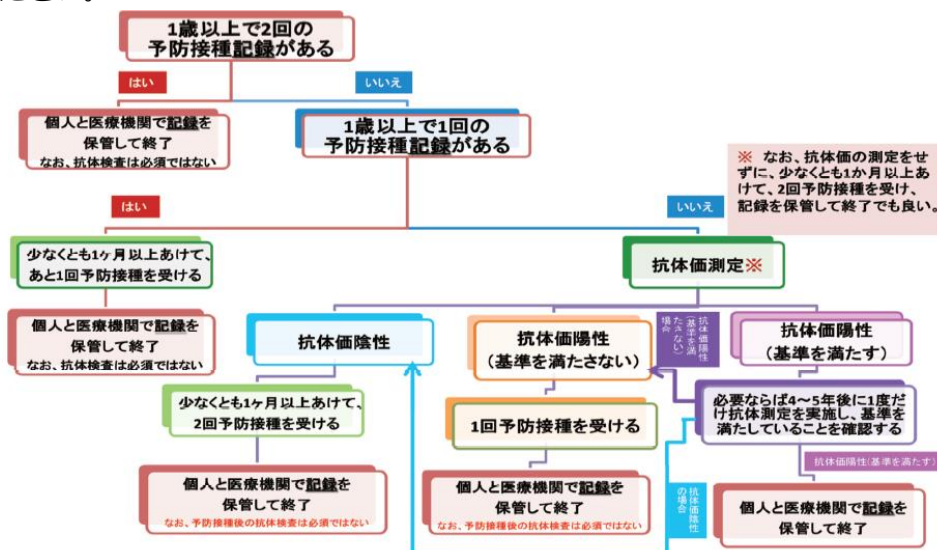
(2) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

①各種ワクチンを 2 回接種したことを記録（母子手帳等）で確認できる方

- ・ 抗体価検査およびワクチン接種は不要です。

②上記①以外の方

- ・ 以下のフローチャートに沿って抗体価測定を行い、必要に応じてワクチン接種をしてください。



麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種のフローチャート

- 抗体価を測定した場合、以下の基準に基づき判定してください。
- 「抗体価陽性（基準を満たす）」に該当しない場合は、フローチャートに沿って予防接種を検討してください。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るため、妊娠中や免疫機能に異常のある場合等、ワクチン接種不適合者は接種できませんので、ご注意ください。

疾患名	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):陰性 あるいはPA法:<1:16 あるいは中和法:<1:4	EIA法(IgG):(±)~16.0 あるいはPA法:1:16,32,64,128 あるいは中和法:1:4	EIA法(IgG):16.0以上 あるいはPA法:1:256以上 あるいは中和法:1:8以上
風疹	HI法:<1:8 あるいはEIA法(IgG):陰性	HI法:1:8,16 あるいはEIA法(IgG):(±)~8.0	HI法:1:32以上 あるいはEIA法(IgG):8.0以上
水痘	EIA法(IgG):<2.0* あるいはIAHA法:<1:2* あるいは中和法:<1:2*	EIA法(IgG):2.0~4.0* あるいはIAHA法:1:2* あるいは中和法:1:2*	EIA法(IgG):4.0以上* あるいはIAHA法:1:4以上* あるいは中和法:1:4以上* あるいは水痘抗原皮内テストで陽性(5mm以上)
流行性 耳下腺炎	EIA法(IgG):陰性	EIA法(IgG):(±)	EIA法(IgG):陽性

2. 実習生養成機関または実習等を行う者は、以下の書類を実習等開始日の8週間前までに提出する

(1) B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の抗体価またはワクチン接種の記録のコピー

記録は、母子手帳や病院発行の書類（日時、抗体価の検査方法や検査結果の数値、ワクチン接種などの記載があるもの）とする

(2) 各種感染症抗体保有状況調査書

上記(1)の記録をもとに、記載する

【注意点】 ワクチン接種を2回した記録を提出できる場合、抗体価検査は不要です

3. ワクチン接種禁忌の対象者や、必要なワクチン接種が間に合わない場合などは下記担当者まで連絡する

大分大学医学・病院事務部 総務課病院企画係

(連絡先) TEL:097-586-5170, FAX:097-586-5119

〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

各種感染症抗体保有状況調査書

大分大学医学部附属病院

養成機関名／医療機関名：

実習生／研修生氏名	性別	生年月日（年齢）
カガナ	男・女	西暦 年 月 日（才）

1. B型肝炎

項目	検査日 年／月／日	検査方法 (該当に○)	測定値	基準	ワクチン接種日 年／月／日
HBs抗体	/ /	CLIA・CLEIA・EIA		≥10.0mIU/ml	① / /
	/ /	CLIA・CLEIA・EIA			② / /
備考					

2. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

項目	検査日 年／月／日	検査方法 (該当に○)	測定値	基準			ワクチン接種日 年／月／日
				陰性	陽性 基準未滿	陽性 基準を満たす	
麻疹	/ /	EIA (IgG)	<2.0	2.0-15.9	≥16.0	① / /	
		PA	<16	16-128	≥256	② / /	
		中和法	<4	4	≥8	③ / /	
風疹	/ /	H I	<8	8-16	≥32	① / /	
		EIA (IgG)	<2.0	2.0-7.9	≥8.0	② / /	
水痘	/ /	EIA (IgG)	<2.0	2.0-3.9	≥4.0	① / /	
		IAHA	<2	2	≥4	② / /	
		中和法				③ / /	
流行性 耳下腺炎	/ /	EIA (IgG)	<2.0	2-3.9	≥4.0	① / / ② / /	
備考							

記入例

各種感染症抗体保有状況調査書

大分大学医学部附属病院

氏名	性別	生年月日 (年齢)
大分 太郎	男・女	西暦 1996年 5月 5日 (22才)

1. B型肝炎

項目	検査日 年/月/日	検査方法 (該当に○)	測定値	基準	ワクチン接種日 年/月/日
HBs抗体	2017/4/10	CLIA・CLEIA・EIA	6.5	≥10.0mIU/ml	① 2017/5/20
	2018/6/18	CLIA・CLEIA・EIA	126.5		② 2017/6/21 ③ 2017/11/18
備考					

2. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

項目	検査日 年/月/日	検査方法 (該当に○)	測定値	基準			ワクチン接種日 年/月/日
				陰性	陽性 基準未滿	陽性 基準を満たす	
麻疹	2017/5/30	EIA (IgG)	19.8	<2.0	2.0-15.9	≥16.0	① / /
		PA		<16	16-128	≥256	② / /
		中和法		<4	4	≥8	
風疹	2017/5/30	HI	16	<8	8-16	≥32	① 2017/6/15
		EIA (IgG)		<2.0	2.0-7.9	≥8.0	② / /
水痘	2017/5/30	EIA (IgG)	<2	<2.0	2.0-3.9	≥4.0	① 2002/10/27
		IAHA 中和法		<2	2	≥4	② 2017/7/15
流行性 耳下腺炎	2017/5/30	EIA (IgG)	6.6	<2.0	2-3.9	≥4.0	① / / ② / /
備考							

施設名 国立大学法人 宮崎大学医学部附属病院 所在地 宮崎県 施設番号 502332

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

勤務先所属長の承諾書（任意書式）

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
本院所定の研修生受入申請書（別紙様式1）

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。

○宮崎大学医学部附属病院研修生受入れ規程

平成 16 年 4 月 1 日制定

改正 平成 17 年 6 月 14 日 平成 19 年 7 月 18 日
 平成 22 年 2 月 17 日 平成 26 年 3 月 19 日
 平成 31 年 4 月 26 日 令和元年 9 月 18 日
 令和 2 年 1 月 15 日 令和 3 年 3 月 17 日

(趣旨)

第 1 条 薬剤師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、視能訓練士、栄養士、歯科技工士、歯科衛生士、臨床工学技師、救急救命士及び言語聴覚士の免許を有する者を宮崎大学医学部附属病院(以下「附属病院」という。)において研修させる場合の手續等は、この規程の定めるところによる。

(適用除外)

第 1 条の 2 この規程は、次に掲げる研修及び実習については、適用しない。
 (1) 財団法人日本薬剤師研修センターの長からの要請による薬剤師実務受託研修
 (2) 社団法人日本病院薬剤師会長からの要請によるがん専門薬剤師の研修
 (3) 一般社団法人日本医療薬学会会頭からの要請による地域薬学ケア専門薬剤師制度による連携研修
 (4) 救急救命士の気管挿管に関する実習

(手續及び許可)

第 2 条 研修を受けようとする者は、次に掲げる書類を附属病院の長に提出し、申請するものとする。
 (1) 研修生受入申請書(別紙様式 1)
 (2) 履歴書(写真添付)
 (3) 免許証の写
 (4) 健康診断書(医師の作成したもの)
 (5) 勤務先所属長の承諾書
 (6) 抗体検査・ワクチン接種歴確認表(別紙様式 2)
 2 附属病院の長は、前項の規定により研修の申請があったときは、附属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。
 3 研修の期間は、6 月以内とし、研修を許可する日の属する会計年度を超えないものとする。

(研修料)

第 3 条 前条第 2 項により研修を許可された者(以下「病院研修生」という。)は、研修料として日額 1,100 円(税込)を納入しなければならない。
 2 前項の規定にかかわらず、薬剤師の研修を目的とする病院研修生についての研修料は、病院研修生 1 人につき日額 1,650 円(税込)とする。
 3 前 2 項の研修料は、研修の期間に応じ、その全額を研修の開始前に納付しなければならない。
 4 研修料を研修の開始前までに納付しない者に対しては、附属病院の長は、研修の許可を取り消すものとする。
 5 既納の研修料は、原則として返還しない。

(研修課程)

第 4 条 病院研修生の研修課程は、附属病院の長が別に定める。

(研修)

第 5 条 病院研修生は、附属病院の長の指示に基づき研修を行うものとする。

(諸規程の遵守)

第 6 条 病院研修生は、本学の諸規程を守らなければならない。

(実習証明書の交付)

第7条 附属病院の長は、当該実習に係る証明の願い出があったときは、必要な証明書を交付するものとする。

(許可の取消し等)

第8条 病院研修生が第5条若しくは第6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、附属病院の長は、当該病院研修生の研修を停止させ、又は第2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、病院研修生に関して必要な事項は、附属病院の長が別に定める。

附 則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

1 この規程は、平成17年7月1日から施行する。

2 改正後の第3条の規定は、施行日以降に申請のあったものに適用し、施行日前に申請のあったものについては、なお従前の例による。

附 則

この規程は、平成19年7月18日から施行する。

附 則

1 この規程は、平成22年4月1日から施行する。

2 改正後の第3条の規定は、研修の期間が施行日以降のものに適用する。

附 則

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和元年5月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年1月15日から施行する。

附 則

この規程は、令和3年4月1日から施行する。

抗体検査・ワクチン接種歴確認表 【宮崎大学医学部附属病院】

提出日 (年 月 日)

教育機関または施設名 ()

氏名	ワクチン接種日 (年月日)								抗体価検査歴			
	麻しん		風しん		水痘		流行性 耳下腺炎		麻しん	風しん	水痘	流行性 耳下腺炎
	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目				
記載例：清武花子	H5.8.28	H10.2.15	H5.8.28	H10.2.15	H5.10.2	H6.9.30	H5.11.28	無	無	無	無	有 12.5 (EIA 法) H28.10.12

※証明できる書類（病院発行の接種記録、検査結果報告書など）のコピーでも構いません。

※ただし、患者に直接は接しないまたは病室には入らない（カンファレンスのみ）などの場合は不要です。

施設名 鹿児島大学病院

所在地 鹿児島県 井施設番号 502333

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 (胸部エックス線検査)
- 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 [大学病院HPから、ウイルス感染症の免疫確認と胸部エックス線検査の結果も参照]
- 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 [胸部 X線検査]
- 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

鹿児島大学病院HPから、研修生・実習受付フォームの入力と必要書類の提出。
(ホームページ → 医療関係者のおへ → 病院研修生、及び受託実習生の受入れについて)

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

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 公益財団法人慈愛会 今村総合病院 所在地 鹿児島県 #施設番号 502831

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あります、予めご了承ください。

施設名 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 所在地 沖縄県 #施設番号 502346

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 ・ トンプス ・ 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 琉球大学病院

所在地 沖縄県 施設番号 502347

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あります、予めご了承ください。