

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 #施設番号 501702

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。

(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。

岐阜大学医学部附属病院 感染症抗体証明書

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

受入開始日 _____ 受入終了日 _____

氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院では医療関連感染対策のため、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、本用紙を附属病院総務課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、受入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○)	測定値	基準	基準を満たすか (どちらかに○)	ワクチン接種日
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 16.0	満たす・満たさない	条件を満たさない場合は受入開始1ヶ月前までに、裏面に示す回数 of ワクチン接種をお願いします。(測定値により1回もしくは2回の接種が必要)
		NT(中和法)		≥ 8		
		PA		≥ 256		
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 8.0	満たす・満たさない	年 月 日
		HI		≥ 32		
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4	満たす・満たさない	年 月 日
		IAHA		≥ 4		
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4	満たす・満たさない	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○)	測定値	基準
HBs抗体	年 月 日	EIA・CLIA		$\geq 10.0\text{mIU/mL}$

	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

<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

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

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）

	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) Δ A0.100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未満
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

※ Δ Aは、ヘア穴の吸光度の差（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

別紙様式第1号（第3条関係）

研 修 申 請 書

年 月 日 国立大学法人 岐阜大学医学部附属病院長 殿 氏名 このたび、私は貴病院において研修を受けたいので、申請します。					写 真 正面上半身無帽のも で、最近3か月以内に 撮影したものを貼付す ること。	
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	〒 (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		当該職種の 免許番号		取得年月日 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 から 年 月 日 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	〒 (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。

施設名 静岡済生会総合病院

所在地 静岡県 井施設番号 501733

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
実習時に記載

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ いいえ

その他は、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 国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 所在地 静岡県 #施設番号 501741

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
他に様式は問いません

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 [結核]

7) 誓約書は必要ですか はい ・ いいえ
指定の様式あり

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

病院研修生申請書 (様式あり)

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

研修についての依頼書

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おります、予めご了承ください。

令和 年 月 日

病院研修に関する誓約書

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

このたび貴院において、研修を行うにあたり、病院研修における遵守事項を遵守し研修に参加することをここに誓約いたします。

記

1. 研修中の具体的注意事項について
2. 診療録等の取扱いについて
3. 個人情報保護について

以上

勤務先等名

住所（自宅）

氏 名

印

病院研修における遵守事項

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) 養成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) 電子カルテを操作する場合は、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) 診療記録および実習記録は複写しない。（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実習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。

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

氏名： _____

麻疹、風疹、水痘、ムンプス

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (1つに○)	測定値	基準			ワクチン 接種日 (年月日)
				陰性	陽性(基準を 満たさない)	陽性(基準 を満たす)	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		<2.0	2.0-15.9	≥16.0	1回目： 年 月 日
		PA		<16	16-128	≥256	2回目： 年 月 日
		中和法		<4	4	≥8	
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		<2.0	2.0-7.9	≥8.0	1回目： 年 月 日
		HI		<8	8-16	≥32	2回目： 年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		<2.0	2.0-3.9	≥4.0	1回目： 年 月 日
		IAHA		<2	2	≥4	2回目： 年 月 日
		中和法		<4	4	≥8	
ムンプス	年 月 日	EIA(IgG)		<2.0	2.0-3.9	≥4.0	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日
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○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs抗体	年 月 日	EIA・CLIA・CLEIA		≥10.0 mIU/mL	1回目： 年 月 日
		PHA	倍		2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 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○)	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 (いずれかに○)	年 月 日	陰性・陽性 判定保留・判定不可	陰性
備考			

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 年 月 日

所属機関 :

住 所 :

担当医師 :

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

氏名： _____

麻疹、風疹、水痘、ムンプス

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (1つに○)	測定値	基準			ワクチン 接種日 (年月日)
				陰性	陽性(基準を 満たさない)	陽性(基準 を満たす)	
麻疹	2018年9月1日	EIA(IgG)	21.5	<2.0	2.0-15.9	≥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	2018年9月1日	EIA(IgG)	16.3	<2.0	2.0-7.9	≥8.0	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		HI		<8	8-16	≥32	
水痘	2018年9月1日	EIA(IgG)	7.4	<2.0	2.0-3.9	≥4.0	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		IAHA		<2	2	≥4	
		中和法		<4	4	≥8	
ムンプス	2018年9月1日	EIA(IgG)	2.8	<2.0	2.0-3.9	≥4.0	1回目: 2018年11月2日 2回目: 年 月 日
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○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs抗体	2018年9月1日	EIA・CLIA・CLEIA	134.6	≥10.0 mIU/mL	1回目: 2017年4月8日 2回目: 2017年5月10日 3回目: 2017年10月16日
		PHA	倍		
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○)	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 (いずれかに○)	2017年11月18日	陰性・陽性 判定保留・判定不可	陰性
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 : ○○県○○市○○1-1

担当医師 : ○○○○

印

(学校医また
それに準ずる者)

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

(手引きに関する担当部署)

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:053-435-2485, FAX:053-435-2153
〒431-3192 静岡県浜松市中央区半田山一丁目 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け入れについては、「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、受け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) 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る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。

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. 病院研修に関する誓約書および病院研修における遵守事項（**両面印刷**）
6. 定期健康診断の写し（健康状態が把握できるもの）

〔※看護部においては、研修期間が2日間以上の場合のみ必要とする。〕

7. ウイルス抗体価検査等の結果報告書（所定様式）

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。

※ただし、研修期間が2日間以上の場合のみといたします。

* 研修料………… 1日 2,200円（税込）×日数

* NST(栄養サポートチーム)専門療法士認定教育施設実地修練研修料………… 1回 33,000円（税込）

研修開始1か月前までにご提出ください。

〒431-3192

浜松市中央区半田山一丁目20番1号

浜松医科大学医学部附属病院

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いたします。

記

1. 研修の職種

2. 研修の目的

3. 研修期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4. 必要添付書類

- ① 履歴書
- ② 取得免許書（写し）

施設名 愛知医科大学病院

所在地 愛知県 #施設番号 501804

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 ・ い〇え

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 ・ い〇え

3) 健康診断書は必要ですか はい ・ い〇え

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 ・ い〇え

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 ・ い〇え

8) 臨床検査技師免許の写しは必要ですか はい ・ い〇え

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

病院長宛、自由様式、依頼書の提出をお願ひ。好場合の別紙。

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 春日井市民病院

所在地 愛知県 井施設番号 501808

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 [胸部エックス線検査 (結核)]
当院の様式で提出をお願いします

- 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

研修生の所属先から当院院長あてに依頼文が必要です。依頼文を研修管理室あてに
郵送してください。その後所属先代表者と春日井市長が覚書の締結をすることが
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
研修生氏名、所属施設名及び部署名、研修料の記載された院長あて依頼文を
研修管理室へ郵送してください。

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でおります、予めご了承ください。

ウイルス感染症の抗体価と胸部エックス線検査について

実習生の安全確保と院内感染対策のため、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎及びB型肝炎ウイルス（HBV）に対する免疫の確認と胸部エックス線検査をお願いしております。受け入れの条件は下記のとおりです。

各検査結果またはワクチン接種の記録をA4用紙1枚にまとめ、（別紙参照）所属長の確認をうけたうえで、実習開始前に研修管理室へ提出をお願いいたします。

1) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

- ・ワクチンを2回接種していること
 - ・上記以外の場合は、抗体検査を実施し表1の基準を満たしていること
 - ・表1の基準を満たしていない場合はワクチンを接種することが望ましい
- ※免疫が不十分でワクチン接種が困難な場合は、当該感染症患者の担当は避けること

表1：抗体検査判定基準

疾患名	抗体価陽性基準
麻疹	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) 8.0以上 HI法 1:32以上
水痘	EIA法(IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
流行性耳下腺炎	EIA法(IgG) 4.0以上

2) B型肝炎ワクチン

- ・HBs抗体検査で10 mIU/ml以上であること
 - ・1回のシリーズで抗体検査結果が10 mIU/ml未満の場合は、もう1シリーズの接種を行い、抗体検査を行うことが望ましい
- ※接種不相当者や抗体価が10 mIU/ml未満で血液曝露を受けた場合は、グロブリンなどの投与をうける可能性がある

3) 結核

- ・実習開始から過去1年以内の胸部エックス線検査で異常がないこと
- 1年以上前の胸部エックス線検査しかない場合は、IGRA検査による陰性確認でもよい

4) 季節性インフルエンザ

- ・12月～3月の流行期間中に実習を行う場合は、ワクチンの接種を推奨しています

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 成瀬 友彦 様

氏名	麻疹		風疹		水痘		流行性耳下腺炎		B型肝炎		結核
	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
	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

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 豊橋市民病院

所在地 愛知県 #施設番号 501754

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 国立大学法人名古屋大学医学部附属病院 所在地 愛知県 施設番号 501785

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。

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

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

※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。)

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、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

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 藤田医科大学病院

所在地 愛知県 #施設番号 501791

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 国立大学法人三重大学医学部附属病院 所在地 三重県 #施設番号 501824
 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 [結核については、1年以内の胸部レントゲン可。]
 加えてインターフェロン遊離試験における評価がされていると望ましい。

- 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
 本院HPに掲載されております研修委託申請書、計画書。

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。