

受託実習生・病院研修生の受け入れについて

◆提出書類等

	受託実習生	病院研修生
提出期限	実習開始日の 1 か月前 ※実習開始日が 3 月～5 月の場合 は、2 月末日までに提出	研修開始日の 1 か月前 ※研修開始日が 3 月～5 月の場合 は、2 月末日までに提出
提出書類※	依頼文書	病院長への申請書（任意様式） ※宛名は病院長としてください
	実習計画表（名簿）	研修申請書
	感染症抗体証明書 証明書コピー（検査結果、ワクチン接種証明）	
	個人情報守秘誓約書（実習生用）	個人情報守秘誓約書（研修生用）
	—	免許証(写)

※ 提出書類は岐阜大学医学部附属病院よりダウンロードできます。

◆実習料・研修料等

- ・実習・研修許可書発行時に振込金額、振込口座等を請求書にてご連絡します。
- ・既納の実習料・研修料は、返還しません。

【実習料（税込み）】

右記以外	薬学教育における 長期実務実習生
2,200 円/日	26,191 円/週

※特別な事情がある場合は、協定書又は契約書において、受託実習料を定めることができる。

【研修料（税込み）】

右記以外	NST 研修
2,200 円/日	30,000 円/回

※特別な事情がある場合は、協定書又は契約書において、研修料を定めることができる。

◆留意事項

1. 実習・研修申請前に実施部署担当者と実習・研修期間の調整をお願いします。
2. 提出期限を過ぎてからの申請は受け付けません
3. 抗体価について、本院の抗体価要件を満たさない場合は臨床実習できません。
4. 個人情報については、本実習・研修にかかわる目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

実習・研修等の保存期間を過ぎた個人情報書類は速やかに破棄します。

◆提出書類の郵送先

岐阜大学医学部附属病院総務課臨床研修支援係

〒501-1193 岐阜市柳戸 1-1

電話：058-230-6084 FAX：058-230-7172

（封筒表面に「実習（研修）申請書類在中」と記載願います。）

ホームページ

岐阜大学医学部附属病院：<https://www.hosp.gifu-u.ac.jp/>

申請書等ダウンロードサイト：<https://www.hosp.gifu-u.ac.jp/>

研 修 申 請 書

年 月 日					写 真	
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。						
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 — —)					
申請者の勤務先	〒 (電話 — —)					
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 日					
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。

記入例

別紙様式第1号（第3条関係）

研 修 申 請 書

令和4年 12月 4日					写 真	
岐阜大学医学部附属病院長 殿					氏名 岐阜 太郎 ㊟	
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。						
ふりがな 申請者氏名	ぎふ たろう 岐阜 太郎	性別	男 女	生年月日	1990年 2月 22日生(32 歳)	
申請者の現住所	〒501-1193 岐阜市 1-1 (電話：058-293-1111)					
申請者の勤務先	〒501-1194 岐阜市柳戸 1-1 (電話：058-230-6000)					
申請者の卒業若しくは修了した学校又は養成所名	〇〇大学					
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	管理栄養士	当該職種の免許番号	第〇〇〇〇号	取得年月日	2014年 3月 31日
申請者の当該職種の経験年数	〇〇年 ××か月					
研 修 の 場 所	岐阜大学医学部附属病院 栄養管理室					
研 修 の 内 容	栄養相談 食事指導					
研 修 期 間	2023年 6月 1日 から 2023年 12月 31日 まで 計 65日					
ふりがな 推薦者の氏名	ぎふ はなこ 岐阜 花子	性別	男 女	生年月日	1980年 5月 1日生(42 歳)	
推薦者の現住所	〒501-11×× 岐阜市×-× (電話：058-×××-××××)					
推薦者の勤務先	〒501-1194 岐阜市柳戸 1-1 (電話：058-230-6000)					
推 薦 理 由	申請者は、栄養相談・食事指導に熱心に取り組んでおり、医療の知識・技術のさらなる向上のため、貴病院での体験が学びの多いものとなると考え推薦する。					
備 考						

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

岐阜大学医学部附属病院 感染症抗体証明書

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。

裏面の「医療関係者のワクチンガイドラインMMRV 対応フローチャート(図1)」に沿ってご対応くださいますようお願いいたします。

抗体検査の提出が必要な場合は、下記項目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。(医療機関等作成の証明書でも可)

【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、すべての項目について検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了していない場合、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) ワクチンによっては、間隔を1ヶ月以上空け、複数回接種し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対応す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、記載してください。

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、下表に結果を記入してください(受入開始前5年以内の検査結果、または各ウイルスそれぞれ2回のワクチン接種証明で代用可)。測定値が基準を満たさない場合、必ずワクチンを接種してください。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○)	基準を満たさない場合	ワクチン接種日
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 16.0	満たす・満たさない	受入開始1ヶ月前までに、「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」(裏面)に準じ、測定値から必要とされる回数のワクチン接種をお願いします。	【1回目】 年 月 日
		NT(中和法)		≥ 8			【2回目】 年 月 日
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 8.0	満たす・満たさない		【1回目】 年 月 日
		HI		≥ 32			【2回目】 年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4	満たす・満たさない		【1回目】 年 月 日
		IAHA		≥ 4			【2回目】 年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4	満たす・満たさない		【1回目】 年 月 日 【2回目】 年 月 日

2. B型肝炎

病院内などの医療現場では、血液・体液曝露のリスクがあるため、ワクチンによりHBs抗体を獲得しておくことを推奨しております。下表にHBs抗体の検査結果を記入してください。ワクチン接種歴がない、もしくはHBs抗体が陰性であったためワクチン接種を受けた方は、右下表に接種日を記入してください(この場合、3回目のワクチン接種から1~2ヶ月後に、検査でHBs抗体の獲得を確認することを推奨します)。

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) 058-230-7172

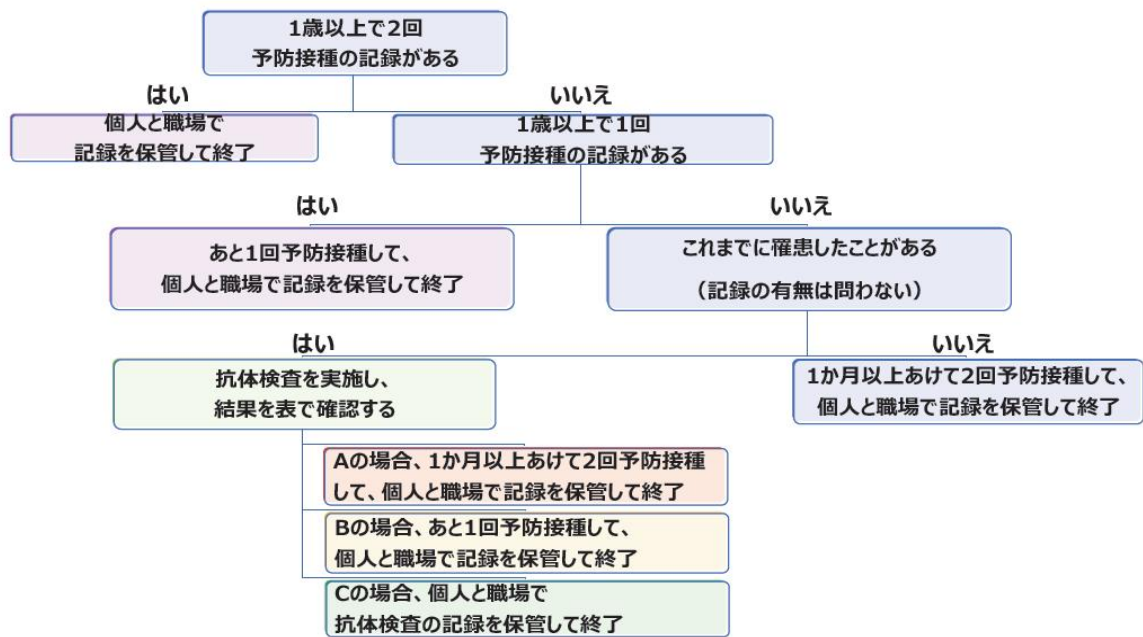


図 1 医療関係者のワクチンガイドライン MMRV 対応フローチャート

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)

	A：あと 2 回の予防接種が必要	B：あと 1 回の予防接種が必要	C：今すぐの予防接種は不要
麻疹*	EIA 法 (IgG) 2.0 未満 中和法 1：4 未満 FIA 法 (F) 抗体価 0.4AI 未満	EIA 法 (IgG) 2.0 以上 16.0 未満 中和法 1：4 FIA 法 (F) 抗体価 0.4AI 以上 1.5AI 未満	EIA 法 (IgG) 16.0 以上 中和法 1：8 以上 FIA 法 (F) 抗体価 1.5AI 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 LTI 法 (C) 6IU/mL 未満 CLEIA 法 (D) 10IU/mL 未満 CLEIA 法 (E) 抗体価 4 未満 FIA 法 (F) 抗体価 1.0AI 未満 FIA 法 (G) 10IU/mL 未満 CLIA 法 (H) 10IU/mL 未満 ELFA 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 LTI 法 (C) 6 以上 30IU/mL 未満 CLEIA 法 (D) 10 以上 45IU/mL 未満 CLEIA 法 (E) 抗体価 4 以上 14 未満 FIA 法 (F) 抗体価 1.0 以上 3.0AI 未満 FIA 法 (G) 10 以上 30IU/mL 未満 CLIA 法 (H) 10 以上 25IU/mL 未満 ELFA 法 (I) 10 以上 45IU/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 LTI 法 (C) 30IU/mL 以上 CLEIA 法 (D) 45IU/mL 以上 CLEIA 法 (E) 抗体価 14 以上 FIA 法 (F) 抗体価 3.0AI 以上 FIA 法 (G) 30IU/mL 以上 CLIA 法 (H) 25IU/mL 以上 ELFA 法 (I) 45IU/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 FIA 法 (F) 抗体価 0.3AI 未満	EIA 法 (IgG) 2.0 以上 4.0 未満 IAHA 法 1：2 中和法 1：2 FIA 法 (F) 抗体価 0.3AI 以上 0.5AI 未満	EIA 法 (IgG) 4.0 以上 IAHA 法 1：4 以上 中和法 1：4 以上 FIA 法 (F) 抗体価 0.5AI 以上
おたふく かぜ*	EIA 法 (IgG) 2.0 未満 FIA 法 (F) 抗体価 0.7AI 未満	EIA 法 (IgG) 2.0 以上 4.0 未満 FIA 法 (F) 抗体価 0.7AI 以上 1.3AI 未満	EIA 法 (IgG) 4.0 以上 FIA 法 (F) 抗体価 1.3AI 以上

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。