

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/>

令和 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院長 殿

大学
学長

令和 年度 実習の委託について（依頼）

平素より本学の教育についてご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。
さて、標題のことにつきまして、下記のとおり実習を委託したいので、許可いただきますようお願いいたします。
なお、本件につきましては、実習受入部門のご内諾を得ていることを申し添えます。

記

- 1 実習場所 岐阜大学医学部附属病院 部
- 2 実習内容 実習（ ）
- 3 実習計画 以下のとおり。

実習生氏名	性別	生年月日	所属・学年	実習期間	日数

単価：1人につき 円／日

- 4 実習料支払方法 請求書の発行を希望する。

以上

記入例

令和〇年〇月〇〇日

岐阜大学医学部附属病院長 殿

〇〇〇〇大学
学長 〇〇 〇〇

令和〇年度臨地実習（看護師）の委託について（依頼）

平素より本学の教育についてご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。
さて、標題のことにつきまして、下記のとおり実習を委託したいので、許可いただきますようお願いいたします。
なお、本件につきましては、実習受入部門のご内諾を得ていることを申し添えます。

記

- 1 実習場所 岐阜大学医学部附属病院 看護部
- 2 実習内容 臨地実習（看護師）
- 3 実習計画 以下のとおり。

実習生氏名	性別	生年月日	所属・学年	実習期間	日数
岐阜 太郎	男	2000/4/1	看護学科・4年	20〇〇年〇月〇日 ～ 20〇〇年〇月×日	5日
岐阜 花子	女	2000/4/2	看護学科・4年	20〇〇年〇月〇日 ～ 20〇〇年〇月×日	5日

単価：1人につき 2,200 円／日

- 4 実習料支払方法 請求書の発行を希望する。

以上

令和 年度 実習計画(月～ 月)

実習名	氏名	性別	所属・学年	実習期間	備考 (帰校日等)	実習日数 (実日数)
合 計						

※実習日数は、上記実習期間のうち、土日祝・帰校日を除くものとする

記入例

令和元年度 実習計画(7月～8月) (例)

実習名	氏名	性別	所属・学年	実習期間	備考 (帰校日等)	実習日数 (実日数)
〇〇実習	〇〇 △△	女	〇〇学部4年	令和元年7月3日(月)～8月10日(木)	7月21日(金)、28日(金)	〇日
〇〇実習	〇△ □□	男	〇〇学部4年	令和元年7月3日(月)～8月10日(木)	7月21日(金)、28日(金)	〇日
〇〇実習	△△ 〇〇	男	〇〇学部4年	令和元年7月3日(月)～8月10日(木)	7月21日(金)、28日(金)	〇日
☆☆実習	☆☆ ◇◇	女	〇〇学部3年	令和元年8月1日(火)～8月16日(水)		◇日
☆☆実習	◇☆ 〇〇	女	〇〇学部3年	令和元年8月1日(火)～8月16日(水)		◇日
合 計						△日

※実習日数は、上記実習期間のうち、土日祝・帰校日を除くものとする

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

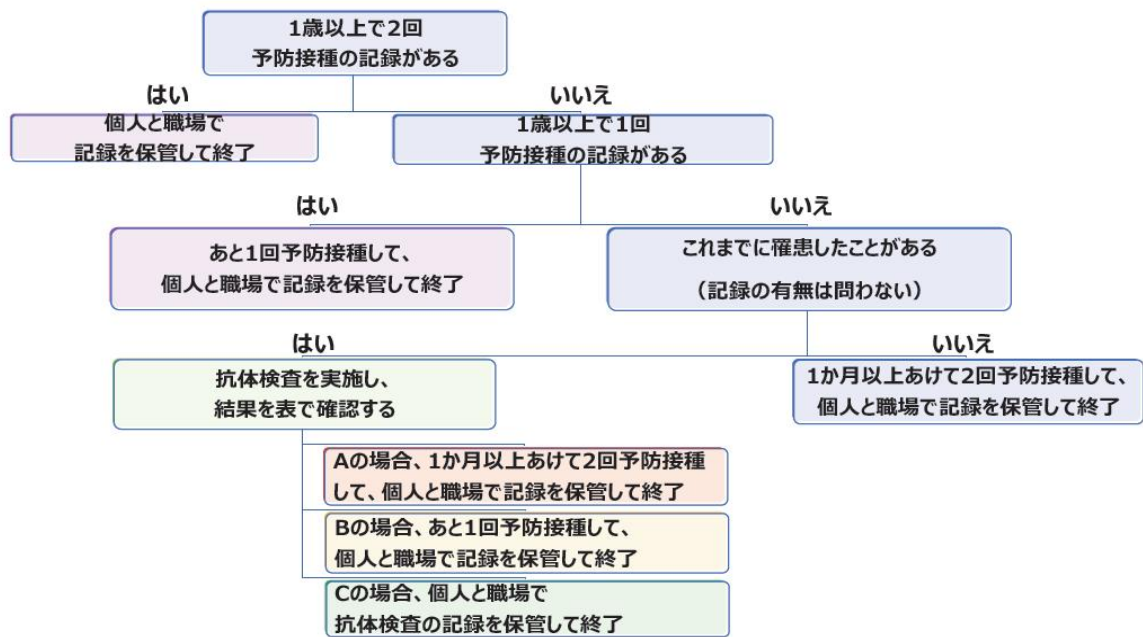


図 1 医療関係者のワクチンガイドライン MMRV 対応フローチャート

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実習するに当たり、医療機関における個人情報保護の重要性を自覚し、実習指導者の指示の下に、必要な実習行為のみを行い、個人情報を守秘すること。また、実習終了後においても、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、実習の停止、関係法令による刑事告発又は損害賠償の請求、並びに在籍する学校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

学 校 名 _____

氏 名 _____

留意事項

- 1 患者等に係る実習記録は、個人を特定できない範囲とし、持ち出す場合は、本病院の実習指導者の承認を受けること。
- 2 その他個人情報に関する取扱いに関し在籍する学校の指示がある場合は、その指示に従うこと。