

滋賀医科大学医学部附属病院受託実習生申請要領

平成 28 年 11 月 15 日制定

この要領は、滋賀医科大学医学部附属病院受託実習（以下「実習」という。）の申請にあたり、滋賀医科大学医学部附属病院受託実習生規程（以下「実習生規程」という。）第 8 条により、必要な事項を定めるものとする。

第 1 条 実習の申請については、本院の実習受入先の部署の長に、実習の日程・実習生の人数及び実習内容等について内諾を得たうえで、次に掲げる必要書類を揃えて滋賀医科大学総務課文書法規係に提出すること。

また、提出期限は希望実習期間の初日から数えて、20 日前までとする。

- (1) 実習生委託申請書(実習生規程に定めるとおり)
- (2) 実習生の履歴書（様式任意）
- (3) 実習生の健康診断証明書（第 3 条に定める。）
- (4) 患者様の個人情報保護に関する誓約書（別紙 1）

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、実習の受入を拒否することがある。

第 3 条 第 1 条第 1 項第 3 号に定める健康診断証明書について、次に掲げる事項を遵守すること。

- 1 健康診断証明書は、実習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。
- 2 健康診断証明書は、原則として、（別紙 2）にて提出することとするが、下記に掲げる必要項目の判定結果を明記していれば、医師の署名のある任意の健康診断証明書でも可とする。

(1) 実習の期間が 19 日以内の場合

胸部 X 線検査結果(実習開始の日からさかのぼって、1 年以内のもの)。

(2) 実習の期間が 20 日以上の場合

前号で定めた項目及び下記の検査方法による抗体値検査結果(実習開始の日からさかのぼって、3 年以内のもの)。

- ア 麻疹 (IgG-EIA 法)
- イ 風疹 (IgG-EIA 法)
- ウ 水痘 (IgG-EIA 法)
- エ 流行性耳下腺炎 (IgG-EIA 法)
- オ B 型肝炎 (HBs 抗体) (CLIA 法)

3 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 実習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、実習の開始を延期することにより、実習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)の様式により受託実習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、受入部署の長が受託実習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、実習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、病院長が実習開始日を調整することがあるが、実習開始後であっても、病院長の指示に従わない場合には、実習を中止するものとする。

第5条 第1条第1項第4号に定める申請書類は、実習生が自筆で署名すること。

第6条 実習申請に関する事務は、総務課文書法規係において処理するものとする。

『抗体値検査によるワクチン接種の基準値』

滋賀医科大学医学部附属病院

疾患名	ワクチン接種基準	ワクチン接種回数
麻疹	16.0 未満 (EIA 法)	2回
風疹	8.0 未満 (EIA 法)	2回
水痘	4.0 未満 (EIA 法)	2回
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	4.0 未満 (EIA 法)	2回
B型肝炎 (HBs 抗体)	10.0 未満 (CLIA 法)	3回

日本環境感染学会から 2009 年 2 月に出された「院内感染対策としてワクチンガイドライン第 1 版」を参考に本院感染予防対策委員会で決定し、滋賀医科大学役員会で承認されたものです。
通常患者様に対して実施している抗体検査結果の解釈とは異なります。

〈麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎ワクチンについて〉

ワクチン接種は、抗体値検査後、それぞれ 2 回ずつ接種してください。

1 回目の接種の後、抗体値が基準値に達していたとしても、2 回目のワクチン接種が免除されるものではありません。

各ワクチンは生ワクチンのため、接種間隔は最低 4 週間以上必要ですので留意してください。

(接種部位をかえて、同時に複数接種することは可能です)。

〈B型肝炎ワクチン接種について〉

ワクチン接種は 0、1、6 ヶ月後の 3 回接種を行う必要があります。

1 回目または 2 回目のワクチン接種の後、抗体値が基準値に達していたとしても、2 回目以降のワクチン接種が免除されるものではありません。

やむを得ない場合、3 回目の接種のみ実習開始後に受けることができます。ただし、必ず 3 回目接種報告書を提出してください。

<研修・実習用>

患者様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、患者様の個人情報の保護に関する院内規則を遵守し、患者様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様の個人情報を、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 _____

学校・施設名	実習・研修期間	実習・研修受入科・部
※	※平成 年 月 日～平成 年 月 日	※

健 康 診 断 書

氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日

胸部X線	撮影日	年 月 日	直接・間接	異常 なし・あり	所見：
------	-----	-------	-------	-------------	-----

- 実習及び研修が4週間以上(実日数20日未満は除く)の場合は、下記感染症抗体検査の項目の記入も必要です。
- 健康診断書は、実習開始20日前までに必ずご提出ください。

感 染 症 抗 体 検 査

検査項目および測定方法	検査日	測定値	本学基準	検査会社
麻疹 (IgG-EIA法)	年 月 日		16.0以上	
風疹 (IgG-EIA法)	年 月 日		8.0以上	
水痘 (IgG-EIA法)	年 月 日		4.0以上	
流行性耳下腺炎 (IgG-EIA法)	年 月 日		4.0以上	
HBs抗体 (CLIA法)	年 月 日		10.0以上	

測定値が本学基準に達していない方は、検査日以降に下記のワクチン接種を行って下さい。

ワ ク チ ン 接 種 報 告

		接種日		接種日	備考
麻疹	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
風疹	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
水痘	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
流行性耳下腺炎	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
B型肝炎	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日			

上記のとおり、相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

※滋賀医科大学 記入欄

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

実習担当部署

実習担当部署の長

殿

(機関名)

(実習担当部署)

(実習担当者名)

受託実習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受託実習の受入において、下記のやむを得ない事由により、実習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

受託実習生氏名 ○○ ○○

実習内容 ○○○○○○

実習期間 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・本紙は通常の実習生受入の申請書ではありません。また、本紙の承諾をもって、実習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。)