

受託実習生・研修生の受け入れについて

◆提出書類等

	実習	研修
提出期限	実習開始日の1か月前	研修開始日の1か月前
提出書類※	実習許可申請書 (所属学校等の長名で申請してください)	—
	実習・研修願書	
	誓約書	
	ワクチン接種または抗体保有証明書	
	—	健康診断書
	—	免許証(写)

※ 提出書類は総合臨床教育センターホームページよりダウンロードできます。

◆実習料・研修料等(2019年10月1日以降)

実習料			研修料	
薬剤師以外	薬剤師		薬剤師以外	薬剤師
	11週	1週 (11週以外)		
2,200円/日	418,000円	38,500円/週	2,200円/日	11,000円/月

実習・研修許可書発行時に振込金額、振込口座等をご連絡します。

お振込みいただきましたら、「振込完了通知書」を速やかにご送付いただきますようお願いいたします。

◆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(「◆提出書類等」参照)。
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

神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室総合臨床教育係 〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-1 電話:078-382-6980 FAX:078-382-5050 (封筒表面に「実習(研修)申請書類在中」と記載願います。)
<u>ホームページ</u> 総合臨床教育センター : http://www.hosp.kobe-u.ac.jp/kenshu/ 申請書等ダウンロードサイト: 総合臨床教育センター > 薬剤師・看護師・実習生 > 実習生・研修生等の受け入れについて

実習許可申請書

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

所属

身分

氏名 ㊟

神戸大学医学部附属病院受託実習生受入れ規程(平成16年4月1日制定)に基づき、下記のとおり実習を委託したく必要書類を添えて申請いたします。

記

	実習実施部署	実習開始日	実習終了日	月数・週数・日数
	学 科	学 年	氏 名	備考(登校日など)
1		年 月 日	年 月 日	
2		年 月 日	年 月 日	
3		年 月 日	年 月 日	
4		年 月 日	年 月 日	
5		年 月 日	年 月 日	
6		年 月 日	年 月 日	

※1 実習実施部署は、歯科口腔外科、検査部、放射線部、薬剤部、看護部、リハビリテーション部等と記入してください。

※2 実習期間中に登校日等の実習を行わない日がある場合は備考欄に記入してください。

受託実習のみ提出

実習許可申請書

2020 年 10 月 1 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

公印を省略される場合は
(公印省略)と記載願います

所属 総臨看護専門学校

身分 学校長

氏名 総 臨 太 郎

総臨看護
専門学校
校長
印

印

神戸大学医学部附属病院受託実習生受入れ規程(平成16年4月1日制定)に基づき、下記のとおり実習を委託したく必要書類を添えて申請いたします。

記

	実習実施部署	実習開始日	実習終了日	月数・週数・日数
	学科	学年	氏名	備考(登校日など)
1	看護部	2020 年 12 月 1 日	2020 年 12 月 10 日	月水金 5 日間
	看護学科	2 年生	総合 臨子	登校日:12/7
2		年 月 日	年 月 日	
3		年 月 日	年 月 日	
4		年 月 日	年 月 日	
5		年 月 日	年 月 日	
6		年 月 日	年 月 日	

※1 実習実施部署は、歯科口腔外科、検査部、放射線部、薬剤部、看護部、リハビリテーション部等と記入してください。

※2 実習期間中に登校日等の実習を行わない日がある場合は備考欄に記入してください。

実習・研修願書

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

貴院における実習・研修を希望いたしますので、御許可くださいますようお願いいたします。

種 別 (いずれかに○)			受託実習 (これから資格を取得する方)		研修 (すでに資格を所持している方)	
実 習 ・ 研 修 希 望 者 情 報	氏 名 (自 署)					写 真 半身, 脱帽正面 3ヶ月以内に撮 影したものを貼 付すること
	フリカ ナ					
	生 年 月 日	年 月 日				
	性 別	男 ・ 女				
	学校・学科 ・所属機関					
	受託 実習	在 学 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
		卒 業 (見 込)	卒業 ・ 卒業見込み			
	研修	＜必須＞研修受講にあたり所属機関に申請し、許可を得ています。				☐ (許可を得てチェック)
	傷 害 保 険		加 入 ・ 未 加 入		保 険	
	現 住 所		〒 -			
電 話		- -				
E - m a i l		@				
実 習 ・ 研 修 実 施 部 署	神戸大学医学部附属病院 ・					
実 習 ・ 研 修 内 容						
実 習 ・ 研 修 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日					
備 考						

【留意事項】

- 「神戸大学医学部附属病院受託実習生受入れ規程」に記載のとおり看護師, 臨床検査技師, 診療放射線技師等の医療技術者等の養成を目的とする養成機関等の学生、生徒は「実習」、「神戸大学医学部附属病院研修生受入れ規程」の別表に記載されている職種の免許を有する者は「研修」として扱う。
- 実習・研修部署は, 歯科口腔外科, 検査部, 放射線部, 薬剤部, 看護部, リハビリテーション部等と記入してください。
- 実習・研修内容は, 簡潔明瞭に記入してください。
- 実習・研修申請にかかる書類にご記入いただいた個人情報については, 実習・研修に関する業務のみに使用し, 第三者へ開示することは一切ございません。なお, 神戸大学における緊急事態に伴う実習生への連絡については, この限りではございません。

受託実習・研修
どちらの場合でも
提出

実習・研修願書

2020 年 10 月 1 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

貴院における実習・研修を希望いたしますので、御許可くださいますようお願いいたします。

種 別 (いずれかに○)	○ 受託実習 (これから資格を取得する方)		研修 (すでに資格を所持している方)	
実 習 ・ 研 修 希 望 者 情 報	氏 名 (自 署)	総合 臨子		
	フリカナ	ソウゴウ リンコ		
	生 年 月 日	2000 年 1 月 1 日		
	性 別	男 ・ 女 (○)		
	学校・学科 ・所属機関	総臨看護専門学校		
	受託実習	在 学 期 間	2018 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日	
		卒 業 (見 込)	卒業 ・ 卒業見込み (○)	
	研修	＜必須＞研修受講にあたり所属機関に申請し、許可を得ています。		☐ (許可を得てチェック)
	傷 害 保 険	加入 (○) ・ 未加入	日本看護学校協議会共済会学生用 Will 保険	
	現 住 所	〒650 - 0017 神戸市中央区楠町 7-5-1		
電 話	078 - 382 - 6980			
E - m a i l	kenshu-jisshu @ med.kobe-u.ac.jp			
実 習 ・ 研 修 実 施 部 署	神戸大学医学部附属病院 ・ 看護部			
実 習 ・ 研 修 内 容	実践的看護実習			
実 習 ・ 研 修 期 間	2020 年 12 月 1 日 ～ 2020 年 12 月 10 日			
備 考	実習は月水金ですが 12/7 は登校日のため、実習日数は 5 日間です。			

【留意事項】

- 「神戸大学医学部附属病院受託実習生受入れ規程」に記載のとおり看護師、臨床検査技師、診療放射線技師等の医療技術者等の養成を目的とする養成機関等の学生、生徒は「実習」、「神戸大学医学部附属病院研修生受入れ規程」の別表に記載されている職種の免許を有する者は「研修」として扱う。
- 実習・研修部署は、歯科口腔外科、検査部、放射線部、薬剤部、看護部、リハビリテーション部等と記入してください。
- 実習・研修内容は、簡潔明瞭に記入してください。
- 実習・研修申請にかかる書類にご記入いただいた個人情報については、実習・研修に関する業務のみに使用し、第三者へ開示することは一切ございません。なお、神戸大学における緊急事態に伴う実習生への連絡については、この限りではございません。

誓 約 書

私は、貴病院内における実習・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、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、指導者の命に従い、誠実に行います。
2. 実習・研修中に事故を起こした場合は、国立大学法人神戸大学の故意または過失による場合を除きその責任を負います。
3. 実習・研修の間に知り得た個人情報については、守秘義務が生じることを理解し、実習・研修期間中はもちろん、終了後においてもその情報を第三者に漏らしません。
4. 国立大学法人神戸大学の財産に重大な損害を与えた場合は、その代償の義務を負います。

5. 医療安全・医療倫理の講義を受講しています。 ☐受講済 ☐未受講
(受講済の場合は最終受講日を記載してください。)

医療安全講義： 年 月 日受講済

医療倫理講義： 年 月 日受講済

6. 国立大学法人神戸大学医学部附属病院内では、多くの患者が治療、入院されていることから、実習・研修の期間中は、以下の感染症伝播防止対策を厳守します(確認のうえ☑)。
- ☐ 発熱、発疹、呼吸症状(咳、痰など)がある場合には、実習・研修を自主的に控えます。
 - ☐ 活動性の感染症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。
 - ☐ 実習・研修において、自ら病原体の伝播者(不顕性感染者を含む)となることを防ぐため、別紙のウィルス抗体価測定又はワクチン接種を実習・研修の開始前までに行いました。

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

本人住所

氏 名

(自 署)

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	
氏名	

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別(受託実習、研修等)
男 ・ 女	年 月 日		

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
 ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
 ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 _____ 印

年 月 日

医療機関名 _____

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

1. B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認

1 シリーズ接種しても基準値未満 (0~9.9 mIU/mL) の場合は、もう 1 シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください（実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください）。

B型 肝炎	1シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日
	抗体価検査				
	検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満 検査後に 1シリーズ 接種	基準値 以上 対応不要
	(西暦) 年 月 日	☐ EIA法		☐ 0~9.9	☐ 10以上
		☐ CLIA法			
		☐ RIA法			
		☐ CLEIA法			
	2シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

別紙 2

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1	②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす（検査前のワクチン接種歴が1回以下）※2						必要な追加対応（左記）に従い、検査後の接種日を記載すること	
		検査日 (西暦) 年 月 日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陰性	陽性			
						基準値未満	基準値以上		
					必要な追加対応※2				
					合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要		
麻疹	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	□ 検査なし (西暦) 年 月 日	□ EIA法		□ 2未満	□ 2～15.9	□ 16以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	
			□ PA法		□ 16未満	□ 16～128	□ 256以上		
			□ NT (中和法)		□ 4未満	□ 4	□ 8以上		
風疹	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	□ 検査なし (西暦) 年 月 日	□ HI法		□ 8未満	□ 8～16	□ 32以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	
			□ EIA法 (7'ンカ生研)		□ 2未満	□ 2～7.9	□ 8以上		
			□ EIA法 (IU)		□ ΔA0.100未満	□ 30IU/mL未満	□ 30IU/mL以上		
			□ ELFA法		□ 10IU/mL未満	□ 10～44.9IU/mL	□ 45IU/mL以上		
			□ LTI法		□ 6IU/mL未満	□ 6I～29.9IU/mL	□ 30IU/mL以上		
			□ CLEIA法 (IU)		□ 10IU/mL未満	□ 10～44.9IU/mL	□ 45IU/mL以上		
			□ CLEIA法 (抗体価)		□ 抗体価 4未満	□ 抗体価 4～13.9	□ 抗体価 14以上		
			□ FIA法 (AI)		□ 抗体価 1.0AI未満	□ 抗体価 1.0～2.9AI	□ 抗体価 3.0AI以上		
			□ FIA法 (IU)		□ 10IU/mL未満	□ 10～29.9IU/mL	□ 30IU/mL以上		
水痘	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	□ 検査なし (西暦) 年 月 日	□ EIA法		□ 2未満	□ 2～3.9	□ 4以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	
			□ IAHA法		□ 2未満	□ 2	□ 4以上		
			□ NT (中和法)		□ 2未満	□ 2	□ 4以上		
流行性耳下腺炎	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	□ 検査なし (西暦) 年 月 日	□ EIA法		□ 2未満	□ 2～3.9	□ 4以上	□ 接種なし (西暦) 年 月 日	

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	ソウリン ハナコ
氏名	総臨 花子

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別(受託実習、研修等)
男・女	1998年 4月 25日	臨床教育大学	受託実習

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

学校保健センターもしくは医師による証明が難しい場合は、母子手帳や領収書等の写しの提出が必要です。(原本は不要です。)

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 神戸 太郎

神戸内科
医院
長之印

2021 年 3 月 25 日

医療機関名 神戸内科医院

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

学校保健センターもしくは所属機関から発行される抗体価証明書類に医師等の署名または記名・押印がある場合は、「別紙参照」と記入ください。

1. B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認

1シリーズ接種しても基準値未満(0~9.9 mIU/mL)の場合は、もう1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください(実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください)。

B型 肝炎	1シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	2017	年	4月6日
	2回目	(西暦)	2017	年	5月19日
	3回目	(西暦)	2017	年	10月13日
	抗体価検査				
	検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満 検査後に 1シリーズ 接種	基準値 以上 対応不要
	(西暦)2017年 11月27日	☐ EIA法		☐ 0～9.9	☒ 10以上
		☒ CLIA法	1000		
		☐ RIA法			
		☐ CLEIA法			
	2シリーズ目 ワクチン接種日				
	1回目	(西暦)	年	月	日
	2回目	(西暦)	年	月	日
	3回目	(西暦)	年	月	日

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1 ●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要 ●当院では3回以上の接種は求めない	②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2						必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること	
		検査日	検査方法 (下記以外の 方法は不可)	検査結果	陰性	陽性			
						基準値未満	基準値以上		
					必要な追加対応※2				
					合計2回に なるよう接種	検査後に 1回接種	対応不要		
麻疹	☐ 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3 日 (西暦) 2015 年 3月 13 日	☒ 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ EIA法 ☐ PA法 ☐ NT (中和法)		☐ 2未満 ☐ 16未満 ☐ 4未満	☐ 2~15.9 ☐ 16~128 ☐ 4	☐ 16以上 ☐ 256以上 ☐ 8以上	☐ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
風疹	☒ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	☐ HI法 ☒ EIA法 (デッラ生研) ☐ EIA法 (IU) ☐ ELFA法 ☐ LTI法 ☐ CLEIA法 (IU) ☐ CLEIA法 (抗体価) ☐ FIA法 (AI) ☐ FIA法 (IU) ☐ CLIA法	0.2未満 2未満 未検出 未検出 未検出 未検出 未検出 未検出	☒ 2未満 ☐ 2~7.9 ☐ 30IU/mL未満 ☐ 10IU/mL未満 ☐ 6IU/mL未満 ☐ 10IU/mL未満 ☐ 抗体価 4未満 ☐ 抗体価 1.0AI未満 ☐ 10IU/mL未満 ☐ 10IU/mL未満	☐ 8~16 ☐ 2~7.9 ☐ 30IU/mL未満 ☐ 10~44.9IU/mL ☐ 6I~29.9IU/mL ☐ 10~44.9IU/mL ☐ 抗体価 4~13.9 ☐ 抗体価 1.0~2.9AI ☐ 10~29.9IU/mL ☐ 10~24.9IU/mL	☐ 32以上 ☐ 8以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 45IU/mL以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 45IU/mL以上 ☐ 抗体価 14以上 ☐ 抗体価 3.0AI以上 ☐ 30IU/mL以上 ☐ 25IU/mL以上	☐ 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5 日 (西暦) 2021 年 3月 5 日	
水痘	☒ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	☒ EIA法 ☐ IAHA法 ☐ NT (中和法)	5.6 未検出 未検出	☐ 2未満 ☐ 2未満 ☐ 2未満	☐ 2~3.9 ☐ 2 ☐ 2	☒ 4以上 ☐ 4以上 ☐ 4以上	☒ 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
流行性 耳下 腺炎	☐ 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3 日 (西暦) 年 月 日	☐ 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	☒ EIA法	3.5	☐ 2未満	☒ 2~3.9	☐ 4以上	☐ 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5 日 (西暦) 年 月 日	

年 月 日

振込完了通知書

神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室
総合臨床教育係 御中

機関等名称

担当者氏名

電話番号

下表のとおり振込みが完了いたしましたのでお知らせいたします。

学校、病院等名称 (研修の場合は氏名)	
種 別 (受託実習、研修等)	
実 習 先 部 署	
実習・研修等期間	年 月 日 ～ 年 月 日
人 数	人
金 額	円
振 込 完 了 日	年 月 日

振込完了後、この用紙にご記入のうえ、FAX
またはメールで当係まで速やかにご送付願います。
FAX : 078-382-5050
email : kenshu-jisshu@med.kobe-u.ac.jp