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※1 （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 所属機関確認書※2	
	―	健康診断書※3
	―	免許証(写) ※4

■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のうえ、作成しご提出ください。

※1 実習許可申請書については、実習期間ごとに作成してください。
異なる期間に実習を希望される場合は、期間ごとに実習許可申請書を作成してください。

※2 所属機関確認書について、1 枚に収まらない場合は、両面印刷してください。

※3 診断書（写し）については、X 線検査結果を含み、実習開始日から 1 年以内に発行されたものをご提出ください。

※4 看護師免許、薬剤師免許等、ご自身が保有している免許証の写しをご提出ください。

◆実習料・研修料等(2026 年 6 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
3,300 円/日	418,000 円/11 週	3,300 円/日	16,500 円/月

実習・研修許可書とあわせて請求書を発行します。

◆留意事項

1. 実習・研修の申請前に、実施部署の担当者と具体的な実習・研修期間について事前に調整を行ってください。
2. 提出期限を過ぎてからの申請は受け付けできません。（「◆提出書類等」参照）
3. 本院の抗体価要件を満たさない場合、臨床実習を実施できません。
4. 個人情報については、本実習・研修に関する目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
また、実習・研修終了後、当院の保存期間を経過した個人情報書類は速やかに破棄いたします。

◆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研修支援係

〒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。）

当院ホームページ

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・研修生等の受入れについて

実習

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。

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。

<table>
<tr><td>種　別
（いずれかに○）</td><td colspan="2"></td><td>受託実習
（これから資格を取得する方）</td><td></td><td colspan="2">研修
（すでに資格を所持している方）</td></tr>
<tr><td rowspan="11">実習・研修
希望者情報</td><td colspan="2">氏　名
（自署）</td><td colspan="3"></td><td rowspan="4">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">性　別</td><td colspan="3">男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="2">学校・学科
・所属機関</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受託実習</td><td>在学期間</td><td colspan="5">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>卒業（見込）</td><td colspan="5">卒業　・　卒業見込み</td></tr>
<tr><td>研修</td><td colspan="4">〈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。</td><td>□
（許可を得てチェック）</td></tr>
<tr><td colspan="2">傷害保険</td><td>加入　・　未加入</td><td colspan="3">保険</td></tr>
<tr><td colspan="2">現住所</td><td colspan="5">〒　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">電　話</td><td colspan="5">－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">E－mail</td><td colspan="5">@</td></tr>
<tr><td>実習・研修
実施部署</td><td colspan="7">神戸大学医学部附属病院　・</td></tr>
<tr><td>実習・研修
内容</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>実習・研修
期間</td><td colspan="7">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

【留意事項】

1. 「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。
2. 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。
3. 実習・研修内容は，簡潔明瞭に記入してください。
4. 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。

記入例

受託実習のみ提出

実習許可申請書

2026 年　6 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　㊞

総臨看護専門学校長之印

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。

期間が別の場合は用紙を別にしてください。

記

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

記入例

受託実習・研修
どちらの場合でも
提出

実習・研修

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（注意：自著でお願いします）		
	フリガナ	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		
	受託実習 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－mail	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】

1. 「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。
2. 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。
3. 実習・研修内容は，簡潔明瞭に記入してください。
4. 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。