

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 所属機関確認書	
	—	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(2026年4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	11,000 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

<p>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。)</p>
<p><u>ホームページ</u> 総合臨床教育センター : <a href="http://www.hosp.kobe-u.ac.jp/kenshu/">http://www.hosp.kobe-u.ac.jp/kenshu/</a> 申請書等ダウンロードサイト: 総合臨床教育センター &gt; 薬剤師・看護師・実習生 &gt; 実習生・研修生等の受け入れについて</p>

# 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。

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。			<input type="checkbox"/> (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。

# 記入例

実習

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



Ⓜ

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。

# 記入例

実習・研修

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 (注意: 自署でお願いします)		
	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。		<input type="checkbox"/> (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	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。