

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

<p>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。)</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
		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	
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

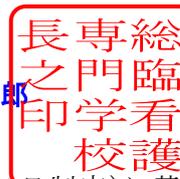
神戸大学医学部附属病院長 殿

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	<b>看護部</b>	<b>2020年 12月 1日</b>	<b>2020年 12月 10日</b>	<b>月水金 5日間</b>
	<b>看護学科</b>	<b>2年生</b>	<b>総合 臨子</b>	<b>登校日:12/7</b>
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・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。

## 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せん。

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)。

		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			
B型 肝炎	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	基準値 以上
				検査後に 1シリーズ 接種	対応不要
	(西暦)	年		□ 0~9.9	□ 10以上
	月	日			
			□ EIA法		
		□ 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）

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		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	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9	<input type="checkbox"/> 16以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> PA法	<input type="checkbox"/> 16未満	<input type="checkbox"/> 16~128	<input type="checkbox"/> 256以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
風疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> HI法	<input type="checkbox"/> 8未満	<input type="checkbox"/> 8~16	<input type="checkbox"/> 32以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 (フェンカ生研)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9	<input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> ΔA0.100未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> ELFA法	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> LTI法	<input type="checkbox"/> 6IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価)	<input type="checkbox"/> 抗体価 4未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9	<input type="checkbox"/> 抗体価 14以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> FIA法 (AD)	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0AI未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI	<input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
水痘	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> IAHA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
流行性 耳下 腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 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  
病院  
院長  
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)。

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	基準値 以上
			検査後に 1シリーズ 接種	対応不要
(西暦)2017年 11月27日	<input type="checkbox"/> EIA法	1000	<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input checked="" type="checkbox"/> 10以上
	<input checked="" type="checkbox"/> CLIA法			
	<input type="checkbox"/> RIA法			
	<input type="checkbox"/> 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		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	
	●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	●検査せず①2回のワクチン接種でもよい  ●検査前のワクチン接種歴は①に記載	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	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 2015 年 3月 13日	<input checked="" type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 16未満 <input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9 <input type="checkbox"/> 16~128 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 16以上 <input type="checkbox"/> 256以上 <input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input type="checkbox"/> HI法 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法 (デッラ生研) <input type="checkbox"/> EIA法 (IU) <input type="checkbox"/> ELFA法 <input type="checkbox"/> LTI法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価) <input type="checkbox"/> FIA法 (AI) <input type="checkbox"/> FIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLIA法	0.2未満 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> ΔA0.100未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 6IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 抗体価 4未満 <input type="checkbox"/> 抗体価 1.0AI未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 8~16 <input type="checkbox"/> 2~7.9 <input type="checkbox"/> 30IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9 <input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI <input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~24.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 32以上 <input type="checkbox"/> 8以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 14以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 25IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 2021 年 3月 5日	
水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> IAHA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)	5.6	<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法	3.5	<input type="checkbox"/> 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 年 月 日	

○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)

改正 平成 18 年 7 月 19 日 平成 22 年 4 月 30 日  
平成 24 年 4 月 24 日 平成 29 年 3 月 31 日  
平成 31 年 2 月 28 日 令和元年 9 月 25 日  
令和 2 年 6 月 30 日 令和 4 年 3 月 29 日  
令和 5 年 6 月 29 日 令和 6 年 12 月 27 日

(趣旨)

第 1 条 薬剤師、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公立若しくは私立の学校又は養成所等(以下「養成機関等」という。)の長からの委託により、神戸大学医学部附属病院(以下「病院」という。)が、当該養成機関等の学生、生徒等の実習を受け入れる場合の手続等は、この規程の定めるところによる。

(手続及び許可)

第 2 条 養成機関等の長は、学生、生徒等の実習を病院に委託しようとするときは、必要事項を記載した書面を添えて神戸大学医学部附属病院長(以下「病院長」という。)に申請しなければならない。

2 病院長は、前項の規定による申請があったときは、病院の業務に支障がない限り、学生、生徒等の実習を許可することができる。

3 実習の期間は、受入れを許可する日の属する年度を超えないものとする。

(受託実習料)

第 3 条 受託実習料の額は、前条第 2 項の規定により、実習を許可された学生、生徒等(以下「受託実習生」という。)1 人につき、次の表に掲げるとおりとする。

実習内容	受託実習料
薬剤師の病院実習(11 週)	418,000 円
上記以外	1 日につき 2,200 円

2 前項の規定にかかわらず、養成機関等を通じて実習の申請を行った者に係る受託実習料については、本学と当該養成機関等との協定等の定めに基づき、受託実習料及びその他の条件が本学にとって最も有利なものをもって代えることができる。

3 養成機関等の長は、前 2 項の規定に基づき受託実習料を所定の期日までに納付しなければならない。

4 前 3 項の規定にかかわらず、病院長は、特に必要と認めるときは、受託実習料を徴収しないことができる。

5 前項に規定する場合を除き、養成機関等の長が受託実習料を所定の期日までに納付しないときは、病院長は、実習の許可を取り消すものとする。

6 既納の受託実習料は、返還しない。

(実習)

第 4 条 受託実習生は、病院長の指示に基づき実習を行うものとする。

(諸規則の遵守)

第 5 条 受託実習生は、本学の諸規則を守らなければならない。

(実習許可の取消し等)

第 6 条 受託実習生が、第 4 条若しくは第 5 条の規定に違反し、又は受託実習生としてふさわしくない行為があったときは、病院長は、当該受託実習生の実習を停止させ、又は第 2 条第 2 項の許可を取り消すことができる。

(雑則)

第 7 条 この規程に定めるもののほか、必要な事項は、病院長が定める。

附 則

この規程は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 18 年 7 月 19 日)

- 1 この規程は、平成 18 年 10 月 1 日から施行する。
- 2 この規程の施行日(以下「施行日」という。)前において、受託実習生として許可を受け、施行日以後引き続き実習を行う者に係る受託実習料は、改正後の第 3 条第 1 項の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則(平成 22 年 4 月 30 日)

この規程は、平成 22 年 5 月 1 日から施行する。

附 則(平成 24 年 4 月 24 日)

この規程は、平成 24 年 5 月 1 日から施行する。

附 則(平成 29 年 3 月 31 日)

この規程は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する

附 則(平成 31 年 2 月 28 日)

この規程は、平成 31 年 3 月 1 日から施行する。

附 則(令和元年 9 月 25 日)

この規程は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

附 則(令和 2 年 6 月 30 日)

この規程は、令和 2 年 7 月 1 日から施行する。

附 則(令和 4 年 3 月 29 日)

この規程は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(令和 5 年 6 月 29 日)

この規程は、令和 5 年 7 月 1 日から施行する。

附 則(令和 6 年 12 月 27 日)

この規程は、令和 7 年 1 月 1 日から施行する。