

研修等委託申請書

年 月 日

医療法人 社団 創健会
理事長 内藤 篤 様

住 所

氏 名

㊞

電話番号

貴法人へ下記のとおり委託したく、関係書類を添えて申請します。

☐ 研修

☐ 実習

記

研修・実習等名	(実施場所 :)
対象者氏名	他 名 (名簿別紙)
研修・実習等内容	
受入期間	自 年 月 日 至 年 月 日
備考	

研 修 等 誓 約 書

年 月 日

医療法人 社団 創健会
理事長 内 藤 篤 様

所属名

住 所

氏 名

⑩

私は、医療法人社団創健会_____における_____
研修等にあたり、以下の事項について誓約します。

1. 私は、法人の諸規則を厳守し、研修等指導者の指示に従い行動し、研修等を誠実に履行します。
2. 私は、法人職員の1人として見られていることを自覚し、患者・利用者様へ不安感、不信感を与えないよう、服装や言動等に留意します。
3. 私は、研修等において知り得たすべての個人情報、プライバシー等および法人機密情報について、研修等に必要な場合を除いては他言しません。また、研修等期間終了後に法人に許可なく使用することはありません。
4. 研修等において患者・利用者様の安全に最大限配慮し、事故等の起きないように努めます。

個人情報の取扱いに関する誓約書

医療法人 社団 創健会では、申請者のみなさまの個人情報を下記のとおり扱いますので、内容を確認していただき、同意の確認として、署名・捺印をお願いします。

1. 利用目的

- 1) 受入許可手続き
- 2) 施設、事業所内の安全管理体制
- 3) その他法令及び法人内諸規則を実施するために必要な処理

以上の利用目的以外で申請者の情報を利用する場合、申請者ご本人に個別理由を説明し同意を得た上で利用するものとします。ただし、緊急の場合、業務処理上必要な場合等、必要であると判断した場合には利用を優先し、後ほど説明させていただきます。

2. 個人情報の第三者提供について

申請者の個人情報は、あらかじめご本人の同意をいただくことなく、外部に提供する事はありません。但し、上記「1. 利用目的」に該当する場合には、ご本人から特に申し出がない限り、当法人の通常業務として必要な範囲において、申請者のみなさまの個人情報を第三者に提供する場合があります。

医療法人 社団 創健会

理 事 長 内藤 篤

相談窓口 事務部総務課 (代) 0852-27-8111

私は、上記の個人情報の取り扱いについて同意します。

年 月 日

氏名 _____ (印)

※ 同意いただけなかった場合は受入対象外となる事がありますのでご了承願います。

抗体・ワクチン接種等確認表

記入年月日	
氏名	
実施施設・事業所名/部署	
(研修等開始日)	

1 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

当法人では感染予防と健康確保の一環として、4種のウイルスについて、研修生、研修医及び実習生（以下、「研修生等」という。）の方にはワクチン接種歴あるいは基準値以上の抗体保有状況の確認をさせていただいております。ワクチン接種歴が確認できない場合は抗体検査を受けて基準値以上の抗体価があることの確認をお願いします。抗体価が基準値に満たない場合は、ワクチンを最低1回は接種してください。※抗体価が陰性の場合は2回接種が望ましい

下表に結果を記入し提出してください。

〈注意事項〉

- 1) 抗体価の測定値記入にご協力ください。
- 2) 指定した検査方法以外では感染予防可能か判断できませんので、指定方法（EIA法）で検査をお願いします。
- 3) 開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、活動内容の一部または全部が制限される場合があります。
- 4) アレルギー等でワクチン接種を受けることが出来ない場合は、その旨を申し出てください。

項目	検査日	検査方法	測定値 (記入)	ワクチン接種基準		ワクチン接種日
				接種不要	最低1回接種	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		16以上	15.9未満	年 月 日
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		8.0以上	7.9未満	年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		4以上	3.9未満	年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		4以上	3.9未満	年 月 日
特記事項(アレルギーなど)：						

2 B型肝炎およびC型肝炎

B型肝炎およびC型肝炎抗体陽性は必須ではありませんが、施設内・事業所内で血液、体液曝露を受ける可能性があり、できるだけ抗体陽性であることを推奨します。抗体検査、ワクチン接種済みの方は測定値記入にご協力ください。

B型肝炎	HBs抗体	測定日	年 月 日	測定値
	ワクチン接種	1回接種済	2回接種済	3回接種済 ※いずれかを○で囲んでください
C型肝炎	HCV抗体	測定日	年 月 日	測定値

※裏面あり

〔研修生、研修医及び実習生用〕

3 インフルエンザ予防接種

インフルエンザの予防接種を受けてください。アレルギー等で接種ができない場合はその旨を記入してください。

ワクチン接種日	年	月	日
---------	---	---	---

 ※直近の接種日をご記入ください

4 ワクチン接種を受けることができない、または接種途中の場合は理由をご記入ください

--

5 胸部レントゲン検査 ※測定結果の記入にご協力ください。

医療機関で6か月以内の胸部レントゲン写真で異常がないことを確認してください。

レントゲン検査 ※いずれかを○で囲んでください	・有 ・異常所見なし ・異常所見あり 判定結果： _____ _____ ・無
----------------------------	---

※上記の検査等につきましては証明書の提出はお願いしておりません。ただし、法人が必要と判断した場合には後日提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

研修等を受けるみなさまへ（説明文書）

医療法人 社団 創健会 各施設、事業所で研修及び実習等（以下、「研修等」という）を受ける方々は、下記に記載された内容を熟読の上、下記の書類を提出してください。

- ① 研修等誓約書(別紙2)
- ② 個人情報の取扱いに関する誓約書(別紙3)
- ③ 抗体・ワクチン接種等確認表（別紙4）

1 個人情報保護についての定義について

- 1) 患者・利用者ID、氏名、住所、電話番号、メールアドレスなど単独および組み合わせで患者・利用者の個人を特定できるような情報（個人識別情報）を含む資料やデータファイルのこと
- 2) 研修等先の施設、事業所の特定の職員あるいはその関係者が識別できる情報のこと

2 個人情報保護についての遵守事項について

- 1) 患者・利用者氏名・住所・電話番号を、不必要に書かない
- 2) 患者・利用者情報は絶対に施設、事業所外に持ち出さない。研修等終了後にも絶対に個人情報ファイルを持ち出さない
- 3) 施設、事業所内で流通する文書等で患者・利用者および職員の個人識別情報は記載しない
- 4) 私物パソコン等の情報機器に個人情報を絶対に入力しない

3 感染対策について

研修等実施施設、特に病院内では種々の感染症患者や易感染者と接する機会があり、みなさま方が患者・利用者様に感染症をうつしたり、うつされたりする危険があります。

感染症としては、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・インフルエンザなどの流行性ウイルス疾患が感染力も強く重要です。

以上の理由により、当法人では感染対策の一環とし、職員の流行性ウイルスに対する免疫状態の把握とワクチン接種の推進に努めております。みなさま方にも研修等開始前に、流行性ウイルス抗体価検査等の結果を提出いただくようお願いしております。別紙4『抗体・ワクチン接種等確認表』にご記入の上、活動開始一か月前までにご提出ください。また、抗体検査で陽性と判定されない場合は、免疫獲得のためワクチン接種を受けられますようお願いいたします。

諸検査等につきましては証明書の提出はお願いしておりません。ただし、法人が必要と判断した場合には後日提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

4 駐車場利用について

患者・受診者等のご利用者様用のスペースとしており、原則として研修等期間中の開放はしておりませんのでご了承ください。

5 食事について

各施設・事業所内には職員用の食堂はありません。ご自身でご用意願います。