

〔施設用〕

## 研修・実習・体験学習 委託申請書

年 月 日

医療法人 社団 創健会  
理事長 内藤 篤 様

施設名

代表者名

㊞

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 体験学習

記

研修・実習・体験学習 名称	
実施場所 (○をつけてください)	<ul style="list-style-type: none"><li>・松江記念病院</li><li>・介護医療院つばさ</li><li>・訪問看護ステーションあゆみ</li><li>・ナーシングセンターあけぼの</li></ul>
対象者氏名	
受入期間	年 月 日 ~ 年 月 日
備考	

〔対象者用〕

## 研修・実習・体験学習 誓約書

年 月 日

医療法人 社団 創健会  
理事長 内 藤 篤 様

所属施設住所

所属施設名

対象者氏名

私は、医療法人 社団 創健会\_\_\_\_\_における研修・実習・体験学習にあたり、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  
TEL 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（自署） \_\_\_\_\_

※ 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	
所属施設名	
氏名	

### 1 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎（おたふく風邪）

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、研修及び実習者(以下、「研修者等」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をご確認ください。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

〔対象者用〕

### 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・実習・体験学習を受ける方へ

医療法人 社団 創健会各施設で研修及び実習等(以下、「研修等」という)を受ける方は、下記に記載された内容を熟読の上、「研修・実習・体験学習 委託申請書」「研修・実習・体験学習 誓約書」「個人情報誓約書」「抗体・ワクチン接種等確認票」を提出してください。

## I 個人情報保護について

### 1 定義

- 1) 患者・利用者 ID、氏名、住所、電話番号、メールアドレスなど患者様・利用者様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
- 2) 研修等先の施設の特定の職員あるいは関係者が識別できる情報

### 2 遵守事項

- 1) 患者様・利用者様および職員の氏名・住所・電話番号に関して個人的なメモを取らない
- 2) 実習期間中・実習終了後、患者様・利用者様情報の施設外への持ち出しを禁止する
- 3) 法人の物品以外の情報機器への個人情報の入力を禁止する

## II 感染対策について

研修等施設、特に病院内では様々な感染症患者や易感染者と接する機会があります。患者様・利用者様に感染させ、感染する危険があります。

以上の理由により、当法人では感染対策の一環として、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います。

『抗体・ワクチン接種等確認票』にご記入の上、研修等開始一ヶ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るようお願いいたします。

諸検査等につきましては、証明書の提出は不要です。ただし、当法人が必要と判断した場合、後日提出をお願いする場合がございますのでご了承ください。

## III 駐車場について

原則、研修・実習・体験学習を受ける方の駐車場の使用は禁止です。

やむおえず、駐車場の使用が必要な場合、所属施設を通じて当法人の総務課庶務係または当法人の実習担当者にご連絡ください。法人内で協議の上使用の可否を決定します。

協議の結果、使用不可となる場合もありますのでご了承ください。

## IV 食事について

各施設内には職員用の食堂はありません。