

# 病院見学申込書（レジデント）

西暦 年 月 日現在

氏名	ふりがな	性別	身分証明書（現所属の写真付きの職員証）をコピーし、貼付してください。職員証に写真がない場合は、3×4の写真も貼付してください。  ＊白黒可
		男 女	
生年月日	西暦 年 月 日		
勤務先			
住所 〒			
メールアドレス			
TEL ( )			
携帯TEL			
事務使用欄			
希望診療科			
希望見学日・期間			
第1希望	科	月 日 ~ 月 日	
第2希望	科	月 日 ~ 月 日	
第3希望	科	月 日 ~ 月 日	
見学希望理由 ※ 見学は1科目1～2日とさせていただきます。日程を必ずご指定ください。 複数科実習希望ですか？ <Yes ・ No>（丸をつけてください）			
希望する見学内容			
宿泊 ★ 見学が1日間の場合、また前泊・後泊は承っておりませんので、ご了承ください。 あり ・ なし 宿泊期間 月 日入室 ~ 月 日退室			

事務使用欄 ※記入しないでください

受領日	ロッカー	カード	宿泊キー	メール	<input type="checkbox"/> リスト <input type="checkbox"/> 提出 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 案内文書 <input type="checkbox"/> カレンダー

## 易感染性患者入院診療科病院見学/実習誓約書

国立国際医療研究センター病院長 杉山 温人 殿

私、\_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ は、  
今回の貴センター貴科での病院見学/実習に関し、以下の諸項目を遵守する事を誓います。いずれかに違反することがあれば、見学/実習が中止となっても異議ありません。

本人署名 \_\_\_\_\_ 署名日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
期間（予定） 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
（第一希望の見学/実習期間を記入のこと）

### 記

1. 国立国際医療研究センターでの病院見学/実習に際し、個人情報の秘密厳守が生じる事を理解し、その情報を一切外部へ持ち出さない事を誓います。
2. 国立国際医療研究センターの各診療科では、原疾患及び加療等により、易感染性患者が多数入院されている事から以下の病院内感染症伝播防止対策を病院見学/実習中に厳守する事を誓います。  
・実習中に、私が病原体の伝播者（不顕性感染者を含む）となる事を防ぐため、以下のウイルス抗体価測定またはワクチン接種を病院実習前に行い、有意な抗体価に至った事を確認しました。  
※抗体価に至るとは、①下記の基準による抗体陽性、または②ワクチン接種歴が2回ある場合

### 抗体検査・ワクチン接種状況等（必ず該当する部分に○をつけて下さい）

	抗体結果 検査日	抗体陽性基準	ワクチン 接種歴（1）	ワクチン 接種歴（2）
麻疹	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 16 以上 (PA 法 1:256 以上)	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日
水痘	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 4 以上 (IAHA 法 1:4 以上)	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日
風疹	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 8 以上 (HI 法 1:32 以上)	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日
流行性 耳下腺炎	陰性・陽性 年 月 日	EIA 法 4 以上	未・済 年 月 日	未・済 年 月 日

※ 必ず抗体価および抗体価の検査方法の記載がある抗体検査証明書を取得し、その写しをこの誓約書に添付してください。★抗体価の検査方法は、原則としてEIA法とします。

※ 記載された検査結果が検査限界未満（陰性）であった場合には2回（1回目と2回目を28日以上あける）、陰性ではないものの基準以下の場合には1回のワクチン接種を実施していただき、接種日を記載してください。

- ・発熱、発疹、呼吸器症状（咳、痰など）の出現時には、病院見学/実習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、病院見学/実習を行い得ない事を了承します。

3. 見学/実習期間中の疾病及び事故については、個人の責任において対処します。

4. 見学/実習期間中に施設、器物等を毀損した際、損害を賠償する義務を負います。