

やわたメディカルセンター 受託実習生受入れ要領

(趣旨)

第1条 この要領は、やわたメディカルセンター（以下、「病院」という。）の受託実習生の受入れに関し、必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要領において、「受託実習生」とは、医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の医療従事者等の養成を目的とする学校又は養成所（以下、「養成機関」という）の長から、病院における実習を委託された当該養成機関の学生等をいう。

(申請)

第3条 養成機関の長が、学生等の実習を病院に委託しようとするときは実習委託申請書（別紙様式第1号）に所要事項を記載して病院長に申請するものとする。

(受入れ許可)

第4条 病院長は、前条の申請書を受理したときは、病院の業務に支障がなく、委託を適当と認める場合に限り、受入れを許可する。

2 病院長は、前項により受入れを許可したときは、受託実習受入許可書（別紙様式第2号）を養成機関に交付する。

(実習料)

第5条 前項の規程により実習を許可された受託実習生の養成機関等の長は、実習料を納付しなければならない。

2 実習料の額及び納付方法等は、養成機関と病院の協議により決定する。

(遵守事項等)

第6条 受託実習生は、法令及び病院の諸規定を遵守し、かつ、実習指導者等の指示に基づき、実習しなければならない。

2 受託実習生は、実習の開始前に個人情報保護に関する誓約書（別紙様式第3号）を病院長に提出しなければならない。

3 受託実習生は、次の事項を遵守しなければならない。

(1) 実習期間中は、実習に専念すること。

(2) 業務に対して非協力的な行動や、病院の秩序を乱す行為をしないこと。

(3) 実習に当たって知り得た情報を漏らさないこと。

4 受託実習生は、実習期間前に必ず定期的な健康診断を行い、自己の健康管理を把握しなければならない。また、実習前に抗体価検査結果報告書等健康状態を確認できる証明書の提出を行い、患者などに感染の恐れのある場合は、実習に参加してはならない。

(事故発生時の対応)

第7条 受託実習生は、実習に関する事故が発生した場合は、次の各号に従うものとする。

- (1) 実習のための登院途上に発生した交通事故等の災害に関しては、病院はその責に任じない。
- (2) 器械器具等を破損した場合には、直ちに所属長及び養成機関等に報告し、指示に従う。
- (3) 医療事故又はヒヤリハットが発生した場合は、直ちに所属長及び養成機関等に報告し、当院医療安全管理マニュアルに則って行動する。
- (4) 感染事故が発生した場合は、直ちに所属長及び養成機関等に報告し、当院感染対策マニュアルに則って行動する。

(実習方法)

第8条 受託実習生は、病院長及び実習指導責任者の指示に基づき実習を行うものとする。

(実習内容の取扱い)

第9条 受託実習生が実習期間中に作成した研修記録、診察記事等は、実診療業務には関係ないものとして取り扱うものとする。

(実習の停止)

第10条 受託実習生が第9条若しくは前条の規定に違反し、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4条の許可を取り消すことができる。

(事務)

第11条 受託実習生の受入に関する事務は、事務部において処理する。

(補則)

第12条 この規程に定めるもののほか、受託実習生に関し必要な事項は、病院長が別に定める。

(附則)

この規程は、2018年11月1日から施行する。

（西暦） 年 月 日

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター病院長殿

養成機関等の名称

代表者氏名 印

実習委託申請書

このたび貴院において_____を実習させたく、実習名簿、実習計画表及び抗体価検査結果報告書等健康状態を確認できる証明書を添えて申請いたしますので、ご許可くださるようお願い致します。

なお、実習の際には、下記の事項を遵守いたします。

記

1. 実習に際しては、貴院の諸規則を遵守させるとともに、貴院の責任者の指示に従わせます。
2. 万一、実習生の故意、又は過失による事故等により、貴院に損害を及ぼした場合、又は実習生が被災した場合は、当方が一切の責任を負います。

西暦 年 月 日

養成機関等の名称

代表者氏名 様

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
院長 勝木達夫

受託実習生受入許可書

西暦 年 月 日付けで申請のありました実習生の受入については、下記のとおり許可いたします。

なお、実習開始の前日までに別紙誓約書を提出してください。

記

1. 実習生氏名 :
2. 実習期間 : (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
3. 受託実習費 : 実習終了後に規定に則りご請求いたします
4. 納付方法 : 指定口座に納付

個人情報保護に関する誓約書

（西暦） 年 月 日

養成機関等名称 _____

住 所（居所） _____

氏 名（自署） _____

やわたメディカルセンター

院長 勝木 達夫 殿

このたび貴院で実習（以下「任務」という）に従事するにあたり、貴院（役職員等を含む）および貴院の患者様の個人情報を含む情報保護のため、下記事項を誓約し遵守することを誓います。

記

1. 個人情報保護に関する法令、および貴院の規程・ルール等を守り、個人情報の保護を行います。
2. 任務の遂行に伴い知り得た貴院で管理している個人情報について、現在はもとより将来にわたって、与えられた任務上の利用に限定し、不正に使用または、第三者に漏洩することは致しません。
3. 機密情報及び機密情報が記載された資料、記憶媒体を、与えられた任務以外の目的のために使用・複製しません。資料・記憶媒体の取扱いにあたっては、厳重に保管・管理し、無断で院外に持ち出しません。
4. 資料・記憶媒体を使用する必要がなくなった場合には、速やかに責任者に返却または定められた方法に基づいて処分いたします。
5. 上記各項の誓約に違反して、貴院で管理している個人情報を不正に使用し、また第三者に漏洩した結果、貴院が被った損害について賠償責任を負います。
6. 情報セキュリティ漏洩事故を発見した際には速やかに報告します。

以 上