

成育医療研究センター 研修申込書

氏名	ふりがな	
現在の所属施設		
職名		
出身大学		
研修開始希望日	年 月 日()～ 年 月 日() (土・日を除く)	
連絡先	PC アドレス (携帯アドレス不可)	
	携帯電話	
研修動機について		

(学生実習用個人情報保護様式1)

平成 年 月 日

誓 約 書

国立成育医療研究センター
理事長 殿

学 校 名

学部名及び学年

氏 名

印

私は、国立成育医療研究センターにおける実習の許可を得た場合には、指導担当者等の指示に従って実習を行い、個人情報保護に関する当センターの諸規則を遵守し、迷惑をかけません。

なお、実習終了後においても、実習を通じて知り得た患者・家族及び職員に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らさないことを誓います。

誓 約 書

国立成育医療研究センター
理事長 殿

教育機関名

職 名

氏 名

印

私は、実習生の実習にあたり、取り扱う個人情報の管理方法等、個人情報保護に関する指導を行い、私の責任において国立成育医療研究センターが迷惑を被らないよう研修させることを誓います。

胸部X線検査実施状況及び 抗体価検査・ワクチン接種証明
--

所属施設名:

氏名:

○胸部X線検査実施状況

胸部X線検査を**1年以内(又は年度内)**に実施している必要があります。下記に記入した上で検査結果を添付、もしくはX線写真の提出をお願い致します。

胸部X線検査 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
検査結果 正常
異常あり(_____)

○抗体価検査・ワクチン接種証明

1. B型肝炎ウイルスの抗体価・ワクチン歴 (10年以内のもの)

	最近の抗体検査日/判定
HBs抗体	抗体価 判定 () 年 月 日

2. ウイルス疾患抗体価 (5年以内のもの)

検査は全ての疾患においてEIA法(IgG抗体)にて抗体価確認をお願い致します。

ウイルス性疾患	麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎
既往歴	有 無	有 無	有 無	有 無
過去のワクチン接種歴	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回	未 1回 2回
抗体検査値 EIA-IgG				
抗体検査 年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
成育医療研究センター で抗体価陽性値と認める値	EIA-IgG 16.0以上	EIA-IgG 8.0以上	EIA-IgG 4.0以上	EIA-IgG 4.0以上

*陰性の方はワクチン接種後、接種証明書(コピー可)も本調査票と一緒に提出して下さい。

陰性者のワクチン接種は2回を原則としています。1回目の接種証明として母子手帳のコピーも提出して下さい。母子手帳紛失および接種歴不明な方は来院までに2回のワクチン

接種をお願い致します。

**検査結果データは、必ず検査結果票(5年以内のもの)を添付して下さい。

上記のとおり報告いたします。

記入年月日 _____ 年 _____ 月
日

(記載者名捺印)

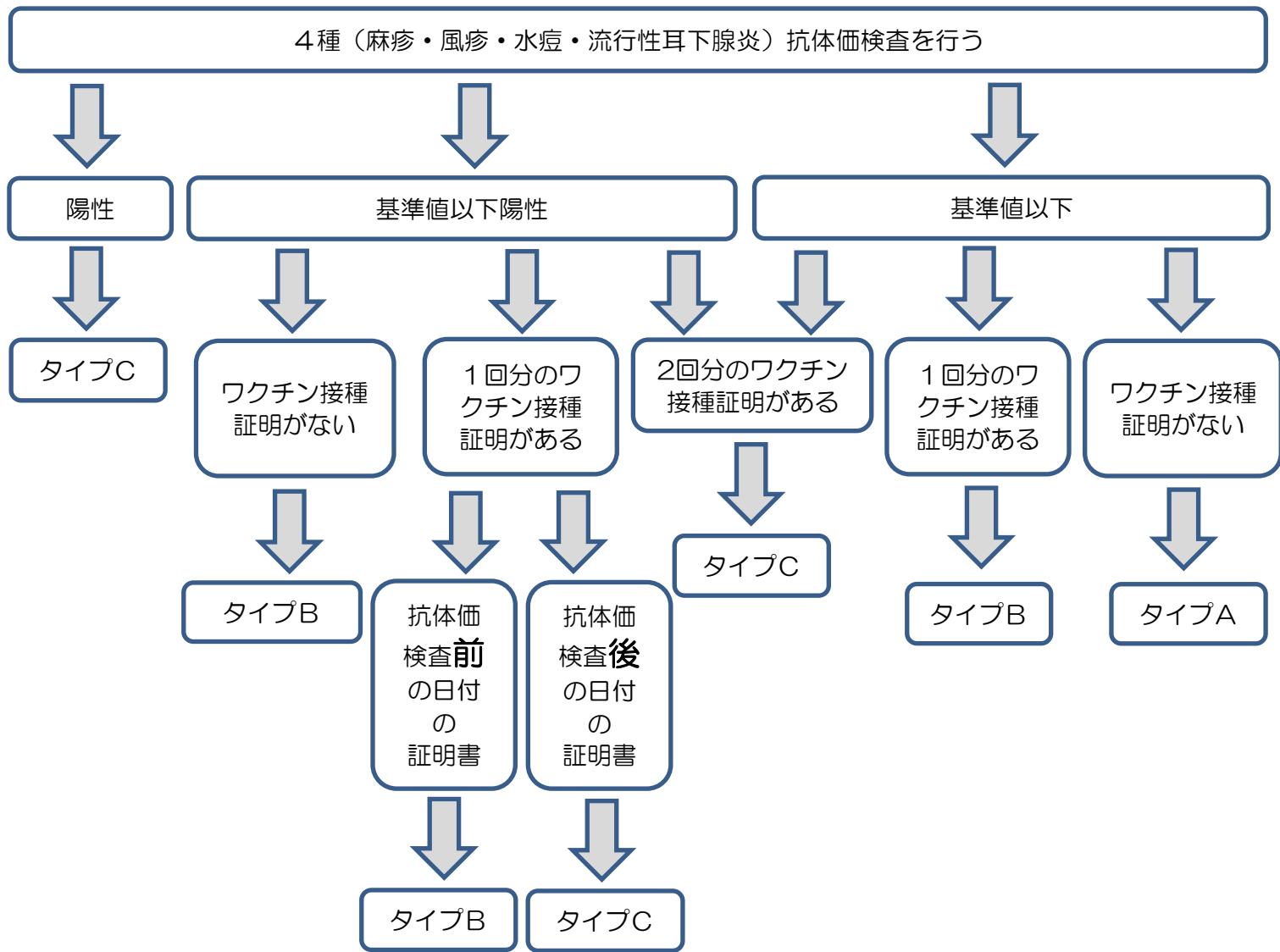


表1. 当院で感染防御レベルと認める抗体価

ウィルス性疾患	陽性	基準値以下陽性	基準値以下
麻疹	EIA 法 (IgG抗体) : 16 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 16未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2未満
風疹	EIA 法 (IgG抗体) : 8 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 8未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2未満
水痘	EIA 法 (IgG抗体) : 4 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 4未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2未満
流行性耳下腺炎	EIA 法 (IgG抗体) : 4 以上	EIA 法 (IgG抗体) : 2以上 4未満	EIA 法 (IgG抗体) : 2未満

※5年以内の検査値なら有効

表2. タイプ別対応

タイプA	ワクチン接種は <u>1ヶ月以上の間隔を空けて2回</u> 行い※1、接種証明書※2を提出してください。
タイプB	ワクチン接種を1回行い※1、接種証明書※2を提出してください。
タイプC	ワクチン接種の必要はありません。

※1 ワクチン接種は、自費になります。ご了承ください。

(麻疹、風疹のいずれかのみを対象とする場合でも、MRワクチンで代用可能です。)

※2 接種証明書は、次の4点が入っていれば様式は問いません。

(接種ワクチン名、接種日、医療機関名、接種した方の氏名)