

○宮崎大学医学部附属病院研修生受入れ規程

平成 16 年 4 月 1 日制定

改正 平成 17 年 6 月 14 日 平成 19 年 7 月 18 日  
平成 22 年 2 月 17 日 平成 26 年 3 月 19 日  
平成 31 年 4 月 26 日 令和元年 9 月 18 日  
令和 2 年 1 月 15 日 令和 3 年 3 月 17 日

(趣旨)

第 1 条 薬剤師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、視能訓練士、栄養士、歯科技工士、歯科衛生士、臨床工学技師、救急救命士及び言語聴覚士の免許を有する者を宮崎大学医学部附属病院(以下「附属病院」という。)において研修させる場合の手續等は、この規程の定めるところによる。

(適用除外)

第 1 条の 2 この規程は、次に掲げる研修及び実習については、適用しない。

- (1) 財団法人日本薬剤師研修センターの長からの要請による薬剤師実務受託研修
- (2) 社団法人日本病院薬剤師会からの要請によるがん専門薬剤師の研修
- (3) 一般社団法人日本医療薬学会会頭からの要請による地域薬学ケア専門薬剤師制度による連携研修
- (4) 救急救命士の気管挿管に関する実習

(手續及び許可)

第 2 条 研修を受けようとする者は、次に掲げる書類を附属病院の長に提出し、申請するものとする。

- (1) 研修生受入申請書(別紙様式 1)
  - (2) 履歴書(写真添付)
  - (3) 免許証の写
  - (4) 健康診断書(医師の作成したもの)
  - (5) 勤務先所属長の承諾書
  - (6) 抗体検査・ワクチン接種歴確認表(別紙様式 2)
- 2 附属病院の長は、前項の規定により研修の申請があったときは、附属病院の業務に支障がない場合に限り、研修を許可することができる。
- 3 研修の期間は、6 月以内とし、研修を許可する日の属する会計年度を超えないものとする。

(研修料)

第 3 条 前条第 2 項により研修を許可された者(以下「病院研修生」という。)は、研修料として日額 1,100 円(税込)を納入しなければならない。

- 2 前項の規定にかかわらず、薬剤師の研修を目的とする病院研修生についての研修料は、病院研修生 1 人につき日額 1,650 円(税込)とする。
- 3 前 2 項の研修料は、研修の期間に応じ、その全額を研修の開始前に納付しなければならない。
- 4 研修料を研修の開始前までに納付しない者に対しては、附属病院の長は、研修の許可を取り消すものとする。
- 5 既納の研修料は、原則として返還しない。

(研修課程)

第 4 条 病院研修生の研修課程は、附属病院の長が別に定める。

(研修)

第 5 条 病院研修生は、附属病院の長の指示に基づき研修を行うものとする。

(諸規程の遵守)

第 6 条 病院研修生は、本学の諸規程を守らなければならない。

(実習証明書の交付)

第7条 附属病院の長は、当該実習に係る証明の願い出があったときは、必要な証明書を交付するものとする。

(許可の取消し等)

第8条 病院研修生が第5条若しくは第6条の規定に違反し、又は病院研修生としてふさわしくない行為があったときは、附属病院の長は、当該病院研修生の研修を停止させ、又は第2条第2項の許可を取り消すことができる。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、病院研修生に関して必要な事項は、附属病院の長が別に定める。

附 則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

1 この規程は、平成17年7月1日から施行する。

2 改正後の第3条の規定は、施行日以降に申請のあったものに適用し、施行日前に申請のあったものについては、なお従前の例による。

附 則

この規程は、平成19年7月18日から施行する。

附 則

1 この規程は、平成22年4月1日から施行する。

2 改正後の第3条の規定は、研修の期間が施行日以降のものに適用する。

附 則

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和元年5月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年1月15日から施行する。

附 則

この規程は、令和3年4月1日から施行する。

別紙様式 1

研修生受入申請書

年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

申請者氏名 印

下記のとおり貴病院の研修生として研修したいので、受入れを許可くださるようお願いいたします。

なお、研修中において事故等があった場合は、一切の責任を負うことを誓約します。

記

ふりがな 氏名		男 女
生年月日	年 月 日生( 歳)	
本籍地		
現住所		
勤務先機関名及び 職名		
研修期間		
研修希望部		
研修目的		
備考		

抗体検査・ワクチン接種歴確認表 【宮崎大学医学部附属病院】

提出日 ( 年 月 日 )

教育機関または施設名 ( )

氏名	ワクチン接種日 (年月日)								抗体価検査歴			
	麻しん		風しん		水痘		流行性 耳下腺炎		麻しん	風しん	水痘	流行性 耳下腺炎
	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目				
記載例：清武花子	H5.8.28	H10.2.15	H5.8.28	H10.2.15	H5.10.2	H6.9.30	H5.11.28	無	無	無	無	有 12.5 (EIA 法) H28.10.12

※証明できる書類（病院発行の接種記録、検査結果報告書など）のコピーでも構いません。

※ただし、患者に直接は接しないまたは病室には入らない（カンファレンスのみ）などの場合は不要です。