

地方独立行政法人大牟田市立病院実習受入れ要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、地方独立行政法人大牟田市立病院（以下「法人」という。）における委託実習生の受入れに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「実習生」とは、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、臨床工学技士、救急救命士等の医療関係業務従事者の養成を目的とする学校若しくは養成所又は医療関係団体等（以下「養成機関等」という。）の学生、生徒等で、当該養成機関等の長からの実習委託の申請に基づき、法人が受入れを許可した者をいう。

2 すでに医療関係業務に係る免許、資格を有する者で、所属医療機関等の長からの実習委託の申請に基づき、法人が受入れを許可した者も実習生に準じて扱う。

(申請及び許可等)

第3条 実習生の実習を委託しようとする養成機関等の長は、原則、実習開始の1ヶ月前までに実習の受入れについて、実習委託申請書（様式第1号）にて理事長に申請する。なお、様式第1号に記載されている項目のある養成機関等の任意の様式で申請することもできる。

2 理事長は、前項の規定による申請があったときは、実習受入れの許可又は不許可について、養成機関等の長に実習受入れ回答書（様式第2号又は第3号）にて通知する。なお、養成機関等指定の回答様式で回答することもできる。

(実習期間)

第4条 実習生の実習期間は、原則、受入れ日の属する年度を超えないものとする。

(受託実習料)

第5条 受託実習料については、法人と養成機関等双方で協議の上、決定する。

2 養成機関等は、受入れ日が属する年度の末日までに受託実習料を納付する。

(実習生の遵守義務)

第6条 実習生は、法人の関係諸規定を遵守し、理事長の指示に基づいて実習しなければならない。

2 実習生は、実習期間中に知り得た法人及び患者等の個人情報等を漏らしてはならない。在学中、卒業あるいは退学後も同様とする。

(養成機関等の遵守義務)

第7条 院内感染症対策として、原則、実習開始までに必要なワクチン接種や検査（以下「ワクチン接種等」という。）を済ませ、その結果報告書を提出する。なお、結果報告書は任意様式とする。

- 2 前項に定める院内感染症対策を実施するにあたり、実習生の特別な事情によりワクチン接種等ができないなど結果報告書の提出ができない場合は、院内感染のリスクについて当該実習生に十分に説明し、理解させる。
- 3 当該実習にあたり、実習生が施設の破損、使用及び貸与された物品等の破損、紛失など法人へ損害を与えた場合、また、患者・家族及び面会者に損害を与えた場合、これを速やかに書面・口頭にて報告しなければならない。
- 4 前項の損害について、養成機関等は法人と協議の上、賠償を行わなければならない。
- 5 前条第2項の規定に反して、実習生が法人及び患者等の個人情報等を漏えいした場合は、養成機関等も連帯してその責を負う。

(災害補償)

第8条 実習期間中に発生した災害に係る補償については、法人はその責に任じない。

(実習停止及び許可の取り消し)

第9条 理事長は、実習生及び養成機関等が第6条及び第7条の規定に違反したとき、又は、疾病その他の事故により実習の継続が困難であると認めるときは、当該実習の停止を命じ、第3条の許可を取り消すことができる。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関して必要な事項は、理事長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

実習委託申請書

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長 様

（養成機関等）

住 所

名 称

代表者

印

このたび貴院において、本校の下記の学生、生徒を実習させたいので申請いたします。

記

1 実習者の情報

氏名	ふりがな	所属学科、学年	性別	備考

2 実習期間

年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）

※ただし、 _____ を除く

3 その他

以上

様式第2号（第3条関係）

市病総第 号

平成 年 月 日

（養成機関名）

（役職） 様

地方独立行政法人大牟田市立病院
理事長

実習受入れ回答書

貴職におかれましては、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、平成 年 月 日付けでご依頼をいただきました当院での実習につきまして、許可いたしますので通知します。

なお、当院指定の「誓約書」も同封いたしますので、実習前までのご提出をお願いいたします。また、これ以外に当院より提出を求める書類があれば、速やかにご提出いただきますよう、重ねてお願いいたします。

【 問い合わせ先 】

〒836-8567

福岡県大牟田市宝坂町2丁目19番地1

地方独立行政法人大牟田市立病院

総務課 庶務担当：

電 話 0944-53-1061

FAX 0944-52-4653

誓 約 書

この度、貴院における実習のご指導をお願いするに際し、実習生および本学は下記のとおり誓約いたします。

記

- 1 実習生は、実習期間中、地方独立行政法人大牟田市立病院の規程等を遵守するとともに、指導にあたる職員の指示に従います。また、本学は、前述のことについて実習生に規律ある行動をとらせます。
- 2 実習生および本学は、実習生の責に帰すべき事由により実習を拒まれた場合、一切、不服の申し立てをいたしません。
- 3 実習生が実習期間中、故意または過失により実習施設・備品等を損傷した場合、本学の責任において賠償します。
- 4 実習生が実習期間中、故意または過失により第三者に損害を与えた場合、本学の責任において解決し、貴院に一切ご迷惑をおかけしません。
- 5 実習生が実習期間中、自己の責に帰すべき事由により負傷、または疾病にかかった場合、本学の責任において解決し、貴院に一切ご迷惑をおかけしません。
- 6 実習生は、実習期間中、いかなる賃金・報酬等の請求をいたしません。
- 7 実習生は、知り得た秘密を、実習期間中およびその期間終了後も、漏らしません。

※なお、誓約書に記載された個人情報、当院での実習に関する目的のみに使用し、プライバシーには十分注意しながら責任をもって管理します

平成 年 月 日

地方独立行政法人大牟田市立病院

理事長 野 口 和 典 殿

(実習生) 住 所
電話番号
氏 名 印

(学 校) 住 所
学 校 名
学 校 長 印

様式第3号（第3条関係）

市病総第 号

平成 年 月 日

（養成機関名）

（役職） 様

地方独立行政法人大牟田市立病院

理事長

実習受入れ回答書

貴職におかれましては、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、平成 年 月 日付けでご依頼をいただきました当院での実習につきまして、不許可いたしますので通知します。

不許可の理由は次の通りです。

（理由）

【 問い合わせ先 】

〒836-8567

福岡県大牟田市宝坂町2丁目19番地1

地方独立行政法人大牟田市立病院

総務課 庶務担当：

電 話 0944-53-1061

FAX 0944-52-4653