

令和7年度 看護職員実務者研修
『循環器病総合コース』受講申込書

申込日 令和7年 月 日

ふりがな			生 年 月 日		性 別
氏 名			昭・平 年 月 日生 歳		
ふりがな					許可病床数
施 設 名					床
施設所在地	〒 TEL FAX				
職 位	1. スタッフ 2. 臨床指導者 3. 主任 4. 看護師長 5. 看護部長 6. その他 ()				
職 種	1. 看護師 2. 保健師 3. 助産師		免許取得年月日 S・H 年 月 日		
勤務場所	1. 一般病棟 2. 療養病棟 3. 特殊病棟 4. 外来 5. その他 ()				
最終専門学歴	卒業年 S・H 年 月		学校名		
職 歴 ※ただし、准看護師として勤務した期間は、職歴に含まない。	施 設 名	勤務病棟	職 種	勤務年月	勤務期間
				年 月～ 年 月	年 ヶ月
				年 月～ 年 月	年 ヶ月
				年 月～ 年 月	年 ヶ月
				年 月～ 年 月	年 ヶ月
				年 月～ R6年9月	年 ヶ月
				合 計	年 ヶ月

裏面の記入欄も必ず記入してください。

受講の動機	

<<記入上の注意事項>>

★ 提出書類に不備がある場合は、審査の対象となりませんので、ご注意ください。

1. 氏名は楷書で明確に記入してください。
 ※修了証の氏名となるため、特殊な文字等明確にご記入願います。
 （例）<崎・崎><吉・吉><富・富><恵・恵><高・高><真・眞>等
2. 施設で複数名応募の場合は、必ず優先順位を記入してください。
3. 職歴欄は、正確に記入してください。
4. 勤務期間には、准看護師の勤務期間は含まれません。
5. 勤務年月に対する勤務期間を正確に計算し、期間の合計が必ず下の合計と一致するように記入してください。職歴の最下欄は現在の勤務場所です。期間の終わりは、9月末日です。
6. 最終専門学歴は、看護課程の卒業年度を記入してください。
7. 受講の動機は選考の重要な判断資料ですので、具体的かつ明瞭に記入してください。

令和7年度看護職員実務者研修 受講に伴う諸条件

一般社団法人 大阪府病院協会

【研修条件】

研修生は、国立循環器病研究センター内において外来者研修の身分を証するため、別に配布する氏名を明記した胸章を付けること。

【服務規律等】

研修生は、次に定める国立循環器病研究センターの服務規律を遵守し、かつセンター理事長の命令に基づき行動すること。

- (1) 研修指導者の指示に従って研修を受けること。
- (2) 国立循環器病研究センターの業務に支障を来し、または信用を傷つけ不名誉となる行為をしないこと。
- (3) 研修上で知り得た患者等に係る業務上の秘密、および国立循環器病研究センターの公務上の秘密を他に漏らさないこと。またこのことは研修修了後においても同様とする。

【疾病等の対応】

研修生は、研修期間中（研修前の期間を含む）は、健康管理に留意すること。
なお、発熱、咳、下痢、発疹等の症状及び疑いがある場合は直ちに国立循環器病研究センターの研修指導者（研修期間の前については研修事務担当者）に連絡を取り、助言に従って研修を自粛する等の対応を取ること。

【研修の停止および許可の取消し】

研修生が前項の規定に違反し、または研修生としてふさわしくない行為があった場合、またはウイルス感染症等で他の職員等に感染させるおそれのある場合は、センター理事長は当該研修を停止させ、または許可を取り消すことができる。

【弁済義務】

研修生は、本人の故意または重大な過失により国立循環器病研究センターに損害を与えた場合は、その弁済の責を負わなければならない。

※以上について確認しました。（自署） 令和7年 月 日

責任者氏名 _____ (印)

本人氏名 _____ (印)

ウイルス抗体価・ワクチン接種等に関する確認書

国立循環器病研究センターでは、実習・研修・客員研究等の受入にあたり、感染予防を目的に、下記の基準を定めています。
ご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【対象者】

当センターの病院部門において実習・研修・客員研究等を行われる方。

【対象の感染症と基準】

- ・研修等の活動開始までに、下記の【感染症】について、〈ワクチン接種歴〉・〈抗体価〉のいずれかの基準を満たしていることが望まれます。
- ・研修期間が1週間以上になる方で、抗体価陰性もしくはワクチン接種歴2回未満の場合は、できるだけ研修開始2週間前までにワクチンを接種してください。
- ・麻疹・風疹・水痘・ムンプスに関しては、抗体価測定結果やワクチン接種歴を証明するもの（医療機関で発行された文書や母子手帳のコピー）を可能な限り添付してください。抗体価は基準値以上であることを示す結果であれば、今後も同じ検査結果を添付していただいて結構です。
- ・短期間（1週間未満）の見学・実習・研修であっても、小児に関連する病棟（5E、5W、5C、5N）、手術室、カテーテル室に入る場合、移植医療部の患者と接する場合は、抗体価基準値以上もしくはワクチン接種歴2回以上が望ましく、抗体価検査の方法と数値は必ず記載してください。

以下の該当する箇所に ○をつけてください。

	麻疹	風疹	ムンプス	水痘	B型肝炎	インフルエンザ
ワクチン 接種歴	2回	2回	2回	2回		最新流行期 1回以上
	または	または	または	または		
抗体価 (いずれかの 検査法で 基準値以上)	EIA法のIgG抗体1 6.0以上	EIA法のIgG抗体8 0以上	EIA法のIgG抗体4 0以上	EIA法のIgG抗体4 0以上	CLIA法 10mIU/m以上	
	PA法 256倍以上	HI法 32倍以上		IAHA法 4倍以上		
	中和(NT)法 8倍以上					
上記の基準を 満たして いない	検査法/抗体価 /	検査法/抗体価 /	検査法/抗体価 /	検査法/抗体価 /	検査法/抗体価 /	
	陰性・ワクチン 接種歴2回未満	陰性・ワクチン 接種歴2回未満	陰性・ワクチン 接種歴2回未満	陰性・ワクチン 接種歴2回未満	陰性・ワクチン 接種歴2回未満	ワクチン 未接種

【結核】以下の事項を確認してください。

- ・直近12ヶ月以内に受けた胸部X線検査において、所見に異常がない。
- ・2週間以上せきが続く状態ではない（原因不明のせきがない）。

国立研究開発法人 国立循環器病研究センター理事長殿

私は上記の基準および確認事項を満たしていることに間違いありません。

令和 年 月 日

所属：

氏名：

・確認書未提出の場合や、「陰性・ワクチン接種2回未満」の場合は、発症者との接触や流行地の滞在について事前
にご報告いただき、研修中の体調不良は速やかにご連絡ください。

- ・アレルギー等でワクチンを接種できない場合は、別途その旨を申し出てください。
- ・研修中または研修後に院内で感染症の発生があった場合、後日、健康診断結果や医療機関による確認書類の提出を求める場合があります。
- ・研修終了後1ヶ月以内に麻疹、風疹、水痘、ムンプス、翌日にインフルエンザを発症した場合、状況を報告してください。