別紙2

# 病院実習誓約書

国立国際医療研究センター　理事長　國土　典宏　殿

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、
今回の貴センター貴科での病院実習に関し、以下の諸項目を遵守する事を誓います。いずれかに違反することがあれば、実習（見学）が中止となっても異議ありません。

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　署名日　＿＿＿＿年　＿＿＿月　＿＿＿日
実習期間（予定）　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　～　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
（第一希望の実習期間を記入のこと）

記

1．　国立国際医療研究センターでの病院実習に際し、個人情報の秘密厳守が生じる事を理解し、その情報を一切外部へ持ち出さない事を誓います。

2．　国立国際医療研究センターの各診療科では、原疾患及び加療等により、易感染性患者が多数入院されている事から以下の病院内感染症伝播防止対策を病院実習中に厳守する事を誓います。
・実習中に、私が病原体の伝播者（不顕性感染者を含む）となる事を防ぐため、以下のウイルス抗体価測定またはワクチン接種を病院実習前に行い、有意な抗体価に至った事を確認しました。
※抗体価に至るとは、①ワクチン接種歴が２回ある場合、または②下記の基準による抗体陽性

**抗体検査・ワクチン接種状況等（必ず該当する部分に〇をつけて下さい）**

| | ワクチン接種歴（1） | ワクチン接種歴（2） | 抗体結果検査日 | 抗体陽性基準 |
|---|---|---|---|---|
| 麻疹 | 未・済<br>年　月　日 | 未・済<br>年　月　日 | （　　）IU/mL<br>年　月　日 | EIA 法 16 以上 |
| 水痘 | 未・済<br>年　月　日 | 未・済<br>年　月　日 | （　　）IU/mL<br>年　月　日 | EIA 法　4以上 |
| 風疹 | 未・済<br>年　月　日 | 未・済<br>年　月　日 | （　　）IU/mL<br>年　月　日 | EIA 法　8以上<br>（HI 法 1:32 以上） |
| 流行性耳下腺炎 | 未・済<br>年　月　日 | 未・済<br>年　月　日 | （　　）IU/mL<br>年　月　日 | EIA 法　4以上 |

※　別紙のフローチャートを参照し、対応をお願いします。

※　上記にワクチンの接種日を記載し、ワクチンの種類および接種日のわかる証明書の添付をしてください。

※　抗体価検査を実施した場合は、必ず抗体価結果および抗体価の検査方法が記載されている抗体検査証明書(検査結果伝票など)を取得し、その写しをこの誓約書に添付してください。
★抗体価の検査方法は、原則として EIA 法(風疹のみ HI 法が可)とします。

・発熱、発疹、呼吸器症状（咳、痰など）の出現時には、病院実習を自主的に控えます。
・活動性の感染症疾患に罹患している際には、病院実習を行い得ない事を了承します。

3．実習期間中の疾病及び事故については、個人の責任において対処します。

4．実習期間中に施設、器物等を毀損した際、損害を賠償する義務を負います。