和歌山県立医科大学附属病院看護部研修生受入要項

平成30年4月

１．目的

研修生が和歌山県立医科大学附属病院看護部における看護活動の実際を見学することにより、以下のいずれかに取り組み、看護の質向上を図るものとする。

1. 研修成果を自施設・自部署の看護実践に活用する
2. 専門看護師・認定看護師への関心を高める、または資格取得後の活動の示唆をえる

２．申請

研修を受けようとする者は、所定の申請書に研修希望領域等を記載し、当該施設の看護部門長から承認を受けた研修申請書（看　様式１－１）と、所定の抗体価検査結果および胸部レントゲン検査報告書（看　様式２）を添えて、直近の研修希望日の2か月前までに和歌山県立医科大学附属病院看護部長に提出（郵送又は持参）する。

附属病院職員については、看護師長から承認を受けた研修申請書（看　様式１－２）を提出する。

３．受入許可

　看護部長は、前項の規定による申請があったときは、附属病院の業務に支障のない場合に限り、研修生として受け入れを許可し、研修許可書（看　様式３）を交付する。

４．研修要領

　研修要領は、研修受入要領に定めるところによる。

５．研修料

　研修料は無料とする。

６．研修

　研修生は、看護部長の指示に基づき研修をおこなう。

　研修生は、この要項に記載された目的を参照し、自施設・自部署や自己の課題を課題シート（看　様式４）に記載し事前に提出する。研修後は学びと自施設・自部署で取り組む事柄を記載し提出する。

７．諸規則の遵守

　研修生は、本学の諸規程を遵守する。

８．研修許可の取り消し等

　看護部長は、研修生が前項の規定に違反し、又は研修生としてふさわしくない行為があったときは、研修生の研修を停止、又は受入許可を取り消す。

９．その他

　この要項に定めるもののほか、研修生に関し必要な事項は看護部長が別に定める。

１０．事務局（書類提出先）

　事務手続き等は看護キャリア開発センターがおこなう。

　　〒641-8510 和歌山市紀三井寺811-1

　　和歌山県立医科大学　看護キャリア開発センター

（看　様式１-１）

研修申請書（院外研修生用）

　　年　　月　　日

和歌山県立医科大学附属病院　看護部長様

看護部門長　氏名　　　　　　　　　印

下記のとおり研修したいので申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  　　　　　　　　　　　　　　印 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　）歳 |
| 性別 | 男　　　　女 |
| 所属機関 |  | 所属部署 |  |
| 所属機関住　　所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 希望領域（\*） |  |
| 希望日第1 |  |
| 　　　第2 |  |
| 　　　第3 |  |

\*手術看護領域について、施設の特徴から特定の診療領域における手術看護見学を希望する場合

希望する診療領域を上記の希望領域（\*）に“手術看護”に加え記載のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 取得資格（看・助・保） | 年　　　月　　　日　　（　　看護師　　助産師　　保健師　　） |
| 年　　　月　　　日　　（　　看護師　　助産師　　保健師　　） |
| 資格取得（CN・CNS） | 年　　　月　　　日　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

添付書類

ウイルス抗体価および胸部レントゲン検査結果報告書

（看　様式１-２）

研修申請書（院内研修生用）

　　年　　月　　日

和歌山県立医科大学附属病院　看護部長様

看護師長　氏名　　　　　　　　　　印

下記のとおり研修したいので申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　印  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　）歳 |
| 性別 | 男　　　　女 |
| 所属部署 |  | 内線 |  |
| 希望領域 |  |
| 希望日第1 |  |
| 　　　第2 |  |
| 　　　第3 |  |

（看　様式２）

ウイルス抗体価および胸部レントゲン検査結果報告書

和歌山県立医科大学附属病院　看護部長様

１　研修開始日前5年以内の結果とする（ただし結核を除く）。

２　研修開始のためには、以下の基準をすべて満たすことを必須とする。

実習開始日前5年以内に下記5種の抗体検査を実施していること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　）歳 |
| 所属機関 |   | 性　別 | 男　　　　女 |

**Ｂ型肝炎**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（年月） | 検査方法（行った検査方法に○） | 測定値 | 基準 | ワクチン接種日（年月）＊1 |
| HBs抗体 | 　　年　　月 | EIA・CLIA・CLEIA |  | ≧10.0lU/mL | 1回目　　　年　　月2回目　　　年　　月3回目　　　年　　月 |
| 　　年　　月 | EIA・CLIA・CLEIA |  |
| 備考 |  |

　＊1　ワクチンを接種している場合は、ワクチン接種日（年月）を記入する

**麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎**　　　**\*検査方法はEIA（IgG）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（年月） | 測定値 | 基準 | ワクチン接種日（年月）＊1 |
| 陰性 | 陽性（基準を満たさない） | 陽性（基準を満たす） |
| 麻疹 | 　　年　　月 |  | <2 | 2-15.9 | ≧16.0 | 1回目　　　年　　月2回目　　　年　　月 |
| 風疹 | 　　年　　月 |  | <2 | 2-7.9 | ≧8 | 1回目　　　年　　月2回目　　　年　　月 |
| 水痘 | 　　年　　月 |  | （-） | （±） | （+） | 1回目　　　年　　月2回目　　　年　　月 |
| 流行性耳下腺炎 | 　　年　　月 |  | （-） | （±） | （+） | 1回目　　　年　　月2回目　　　年　　月 |
| 備考 |  |

＊1　ワクチンを接種している場合は、ワクチン接種日（年月）を記入する

**結核**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（年月） | 検査結果（1つに○） | 基準 |
| 胸部レントゲン | 　　年　　　月 | 異常の有無：有・無 | 異常無 |
| 備考 |  |

（看　様式３）

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

和歌山県立医科大学附属病院

看護部長　 角谷　知恵美

研修許可書

　　　　年　　　月　　　日付で申請のありました本院看護部での研修について、下記のとおり許可します。

記

　１　研修生氏名

　２　所属機関

３　研 修 期 間　　　年　　月　　日　　　時　　分～　　年　　月　　日　　　時　　分

　４　研 修 領 域

　５　連絡事項

研修日は○○時○○分に、病院中央棟4階看護部管理室までお越しください。

セキュリティカードとロッカーキーをお渡しし、更衣室にご案内します。

更衣後、研修場所にご案内します。

　　　昼食が必要な場合は、コンビニや食堂等をご利用いただけます。

　（注意）　研修生が看護部長の指示もしくは諸規程に違反したとき、または研修生としてふさわしくない行為があったときは、研修生の研修を停止し、または許可を取り消すことがあります。

（看　様式４）

課題シート

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 所属機関/部署 |  |
| 研修領域 |  |
| 研 修 日 |  |
| 【事前課題】自施設・自部署や自己の課題および研修したい内容 |
|  |
| 【事後課題】研修の学び |
|  |
| 【事後課題】自施設・自部署で取り組むこと |
|  |

\*事前課題は研修の1週間前までに、事後課題は研修後1週間以内に提出のこと。

\*提出方法および提出先：メール添付

和歌山県立医科大学 看護キャリア開発センター

　　　　　　　　　　　 kango-c@wakayama-med.ac.jp

和歌山県立医科大学附属病院　看護部