

～研修登録医の申請手続きについて～

研修登録医受入れ許可の申請をされる場合は、次の書類が必要となります。

事前に研修を受ける診療科（部）長の同意を得た上で、下記の書類を、受入れ日の一か月前まで病院・研究協力係に提出願います。

1. 提出書類

- (1) 研修登録医申請書 別紙様式 A
※ 様式を一部変更しています。平成25年11月以前に入手した様式では提出しないでください。
 - (2) 研修登録医の受入れ依頼 別紙様式 B
 - (3) 指導教員選任届 別紙様式 C
 - (4) 所属医師会長または所属病院長等の推薦書 様式 任意
 - (5) 履歴書（写真貼付） 別紙様式 D
 - (6) 医師免許証（写） A4サイズ用の紙に縮小コピー願います。
 - (7) 保険医登録票（写） A4サイズ用の紙にコピー（拡大不要）願います。
※ 研修期間を終了し、引き続き研修登録医の許可を受けようとする場合で、提出された免許証等に変更のない場合は、(6)・(7)の提出の必要はありません。
 - (8) 健康状態確認票 別紙様式
※ 平成25年2月から様式を変更しています。「健康状態確認票」の内容が網羅されていれば、職場等で受診された健康診断等（申請の3か月前まで）の結果の写しの提出で構いません。
 - (9) 医師賠償責任保険契約書
 - (10) 登録証用写真1枚（3.0cm×2.5cm）
※ 履歴書に貼付される写真とは別に提出願います。
 - (11) 誓約書
 - (12) 診療に従事する医師等の手続きについて
 - ・ 診療等従事許可申請 別紙様式第4
 - ・ 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の免疫についての申告書
※ 詳細は次ページ<流行性ウイルス感染症の免疫についての申告書の提出について>をご覧ください。
 - ・ (麻薬を施用する場合) 麻薬施用者免許証（宮城県）の写し
2. 許可されましたら、受入れ通知、登録証及び請求書を送付しますので、指定の期日までに研修料を納入してください。
3. 専用駐車場がありませんので、自家用車での来院はご遠慮願います。

【担当】

東北大学病院 研究推進室研究協力係
TEL 022-717-7146 FAX 022-717-7016
E-mail : hosp-ken@grp.tohoku.ac.jp

<流行性ウイルス感染症の免疫についての申告書の提出について>

流行性ウイルス感染症（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）が院内で発症した場合、その感染力の強さと抵抗力の弱い患者が多いという要因から、重大な集団感染の発生が危惧され、いずれの医療機関においても確実な対策が強く求められています。

そのため当院では、職員全員に対して流行性ウイルス感染症に対する抗体価の確認および抗体価が不十分な場合のワクチン接種を徹底しております。

つきましては、新規入職予定者等の方々に「麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の免疫についての申告書」の提出をお願いしております。入職時までには流行性ウイルス感染症に対する4種の抗体検査をご自身で実施いただき、必要に応じてワクチン接種を必ず実施していただきますようお願いいたします。（B型肝炎につきましても、検査結果記録をお持ちの場合のみ記載してください。今回あらためて抗体価検査およびワクチン接種をしていただく必要はありません。）

なお、平成24年度以降に当院に在職していたことがある方で、当院において流行性ウイルス感染症の抗体価検査やワクチン接種を実施したと思われる方については、感染管理室にお問い合わせください。検査の実施歴およびワクチン接種歴を確認の上、申告書の提出が必要かどうかをお知らせいたします。

その他、ご不明な点は感染管理室にお問い合わせください。

【東北大学病院感染管理室：電話 022-717-7841】

<診療従事申請を以て診療に従事する医師等の麻薬施用について>

麻薬の診療使用（施用）にあたっては、麻薬施用者免許証が必要となり、当該免許証を所持していない医師が患者に対して施用指示を含む麻薬施用を行うことは、麻薬及び向精神薬取締法に抵触し、医師個人としてまた医療機関としてその責を問われる可能性があります。

当院としましても、適正な麻薬施用が行われるよう免許管理を行っておりますので、診療従事申請を以て診療行為を行う医師等におかれましては、診療従事届出書類に下記書類を添えて病院総務係宛て提出いただきますようお願い致します。

<提出書類>

○麻薬施用者免許証(宮城県)の写し（※提出にあたっては、下注を参照願います。）

(注) 当院を通じて麻薬施用者免許証の発行を受けている医師についても、事務部で管理する免許証原本との照合を行いますので、麻薬施用者免許証の写しを必ず提出ください。

(注) 宮城県内の他麻薬診療施設に所属する医師が当院で麻薬施用を行うためには、麻薬施用者免許証の「従として診療に従事する麻薬診療施設」に当院名称を追記する手続きが必要となります。本人様により、所属する業務所の事務部に問い合わせいただくなどし、「従として診療に従事する麻薬診療施設」に当院名称が記載された有効な麻薬施用者免許証の写しを提出願います。

(注) 宮城県外の業務所に所属する医師が当院で麻薬施用を行うためには、宮城県知事から免許を受ける必要があります。他県で麻薬施用者免許証を受けている場合でも、宮城県で麻薬施用者免許を受けていない場合は当院で麻薬施用を行うことが出来ません。

<麻薬取扱に関する問合せ先>

麻薬管理・施用に係ること：病院薬剤部（内線 7528）

麻薬免許の手続に係ること：病院総務係（内線 7008）

別紙様式 A

東北大学研修登録医申請書

令和 年 月 日

東北大学病院長 殿

勤務先：
氏名： 印
性別： 男 ・ 女
生年月日： 年 月 日生

私は、貴大学病院において研修登録医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します。

なお、研修登録医として受入れを許可された上は、貴大学の研修登録医取扱規程その他の諸規則に遵守し、指導教員の指示に従うことを誓約します。

記

1 研修事項：

2 研修目的：

3 研修診療科：

4 研修期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

5 期間を更新する場合

(1) 前回の研修期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

(2) 更新理由：

別記様式 B

令和 年 月 日

病 院 長 殿

診療科名：

科 長 名：

印

研修登録医の受入れについて（依頼）

このことについて、本診療科において下記のとおり受入れたいので、ご承認くださるようお願いします。

記

研修登録医：

研修期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

別記様式 C

令和 年 月 日

病 院 長 殿

診療科名：

科 長 名：

印

研修登録医の指導教員選任届

研修登録医 の指導教員として、下記の者を選出しましたのでお届け
します。

記

診 療 科：

職 名：

氏 名：

別記様式 D

履 歴 書

令和 年 月 日 現在

写真貼付

ふりがな		性 別
氏 名		男・女
生年月日	旧姓（氏名）	※免許状写しと記載が異なる場合に記入願います。
年 月 日	年 月 日改姓	
ふりがな		
現 住 所 〒		
電話番号 () E-mail:		

年	月	日	学 歴 ・ 職 歴
			(学歴)
			高等学校卒業
			大学 学部 学科入学
			大学 学部 学科卒業
			(職歴)

博士号等学位	医(歯)学博士； 大学 医(歯) 第 号	取得年月日 年 月 日
医師・歯科医師免許	登録番号；第 号	登録年月日 年 月 日
保険医登録	登録番号； 医(歯) 号	登録年月日 年 月 日

※推薦書の様式は任意ですが、ご要望があり参考まで雛形を作成しました。使用される場合は、この文を削除の上使用願います。

推 薦 書

東北大学病院長 殿

本院に勤務している下記の者が東北大学病院研修登録医として貴院 科
での研修を希望していますので、推薦します。

なお、当院における勤務については支障ありませんので申し添えます。

記

氏 名：

研修期間：令和 年 4 月 1 日～令和 年 3 月 3 1 日

令和 年 月 日

所在地

診療機関等名称

代表者職・氏名

印

誓約書

東北大学病院長 殿

東北大学病院において研修を受けるに当たり、研修登録医として下記の事項を遵守することを誓約します。

記

1. 研修期間中は諸規則を遵守し、指導教員の指示に従うこと。
2. 個人情報保護に関する法令等を十分に理解し、研修で知り得た個人情報については
厳重に管理するとともに、決して他に漏らさないこと。

令和 年 月 日

所属機関名

研修登録医氏名

印

診療に従事する医師等の手続きについて（通知）

常勤・非常勤以外の医療従事者が本院で診療等を行う場合には、別添様式により診療従事許可申請が必要となります。本申請は、年度毎にご提出が必要ですので、ご注意願います。

平成16年4月から本院は「国立大学附属病院損害賠償責任保険」に加入していることから、病院が「診療従事許可」を与えた常勤以外の医療従事者が行った行為についても、一定の範囲内で保障（保険の内容に関するお問い合わせは医事課までお願いいたします。）の対象となることのあるため、この手続きが必要であることを申し添えます。

担当：総務課総務係
(717-7008)

(参考)

対 象 者	該 当 様 式
東北大学の常勤の教員(医学系研究科及び加齢医学研究所の臨床系教員を除く)	兼務手続きが必要となります。(既に手続きを終えられている場合は結構です。)(問合せ先：総務課人事係)
東北大学の非常勤講師	別紙様式第1
東北大学の大学院生又は研究生	別紙様式第2(保険医登録手続きが完了していない場合でも、その旨をお知らせいただければ結構です。)
本院からの依頼により、診療等に従事する医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師(エックス線技師)、臨床検査(衛生検査)技師	別紙様式第3
その他(所属機関がない医師等)、 研修登録医	別紙様式第4

※ 保険の内容に関するお問い合わせは医事課(TEL 7140)へお願いいたします。

診療等従事許可申請書

令和 年 月 日

病 院 長 殿

ふりがな
氏 名

印

下記のとおり、診療等に従事したいので、許可申請します。

診 療 従 事 に つ い て	申請手続 (○印を記入)	新規 ・ 継続		
	診療等に従事する診療科(部)名		診療科(部)等の長	印
	従事期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	生年月日・性別	西暦 年 月 日		男 ・ 女
	住 所			
	現 職 名			
	免許番号	第 号	免許種別	
	麻薬施用者免許証番号	第 号	麻薬施用者免許証有効期間	自： 年 月 日 至： 年 月 日
	診療等従事の事由	該当する番号に丸印をつけてください。(複数回答可) 1. 診療従事業務(外来診療, 病棟診療, 手術支援業務, 検査業務, その他付随業務等) 2. 宿日直業務 3. 自科 他科麻酔業務 4. 高度救命救急センター業務 5. その他 ()		
	添付書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 診療等に必要な当該免許証の写 <input type="checkbox"/> 保険医・保険薬剤師登録票の写(医師, 歯科医師, 薬剤師の場合) <input type="checkbox"/> 健康診断票の写し <input type="checkbox"/> 感染症検査証明書(別紙参照) <input type="checkbox"/> 麻薬施用者免許証(宮城県)の写(麻薬施用を行う場合のみ)		
東 北 大 ID の発行について(該当に☑)				
1. 東北大 ID を既に所持している(東北大 ID:)			<input type="checkbox"/>	
2. <u>ISTU 受講権限+教職員 GW 利用権限</u> を有する東北大 ID(年度内有効)を申請する			<input type="checkbox"/>	
3. <u>ISTU 受講権限</u> を有する東北大 ID(年度内有効)を申請する			<input type="checkbox"/>	
英 字 氏 名 (ID 申請時に必要なため必須)		メールアドレス (ID 申請時に必要なため必須)		

上記のとおり許可します。

令和 年 月 日

東 北 大 学 病 院 長

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎の免疫についての申告書

所属 _____ 職名 _____ 氏名 _____ 生年月日 西暦 年 月 日

	①ワクチン接種歴	②抗体検査歴	③ワクチン接種基準	備考
麻疹	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	(検査方法を○で囲んでください。) 抗体価 (EIA-IgG,PA,NT) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	EIA 法(IgG) <u>16</u> 未満、PA 法 <u>128</u> 倍以下、NT 法 <u>4</u> 倍以下はワクチン接種が必要です。	
風疹	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	※2回のワクチン接種歴がある場合は、抗体検査は不要です。接種歴のみを記載してください。 ※それ以外の方は、ワクチン接種歴と抗体検査歴を記載してください。	(検査方法を○で囲んでください。) 抗体価 (EIA-IgG,HI) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	EIA 法(IgG) <u>8</u> 未満、HI 法 <u>16</u> 倍以下はワクチン接種が必要です。
水痘	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	(検査方法を○で囲んでください。) 抗体価 (EIA-IgG,IAHA,NT) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	EIA 法(IgG) <u>4</u> 未満、IAHA 法 <u>2</u> 倍以下、NT 法 <u>2</u> 倍以下はワクチン接種が必要です。	
流行性 耳下腺炎	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日	抗体価 (EIA-IgG) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	<u>4</u> 未満はワクチン接種が必要です。	
B型肝炎	1回目 西暦 年 月 日 2回目 西暦 年 月 日 3回目 西暦 年 月 日	※ワクチン接種歴と抗体検査歴について、可能な限り記載してください。 ※今回改めて検査及びワクチン接種の必要はありません。	抗体価 (CLIA) _____ 結果 陽性・擬陽性・陰性・不明 検査日 西暦 年 月 日	HBs 抗体価 (CLIA) で <u>10mIU/ml</u> 未満

※接種・検査日は文書で確認したものを記載してください。日付（少なくとも月）が特定できない場合は認定できません。

※抗体検査法やワクチン接種基準は、日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版」に準拠しています。

※過去に検査結果を提出している場合や、当院で検査歴およびワクチン接種歴がある場合等は、感染管理室（内線 7841）にお問い合わせください。

※免疫抑制剤の内服、妊娠、その他ワクチンを接種できない疾患や事情がある場合は、備考に記載してください。

ワクチン接種基準（医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版に準拠）

疾患名	抗体価陰性 (ワクチン接種2回必要)	抗体価疑陽性 (ワクチン接種1回必要)	抗体価陽性
麻疹	EIA法(IgG) : 2.0未満 PA法 : 16倍未満 NT法 : 4倍未満	EIA法(IgG) : 2.1~15.9 PA法 : 16,32,64,128倍 NT法 : 4倍	EIA法(IgG) : 16.0以上 PA法 : 256倍以上 NT法 : 8倍以上
風疹	EIA法(IgG) : 2.0未満 HI法 : 8倍未満	EIA法(IgG) : 2.1~7.9 HI法 : 8,16倍	EIA法(IgG) : 8.0以上 HI法 : 32倍以上
水痘	EIA法(IgG) : 2.0未満 IAHA法 : 2倍未満 NT法 : 2倍未満	EIA法(IgG) : 2.1~3.9 IAHA法 : 2倍 NT法 : 2倍	EIA法(IgG) : 4.0以上 IAHA法 : 4倍以上 NT法 : 4倍以上
流行性 耳下腺炎	EIA法(IgG) : 2.0未満	EIA法(IgG) : 2.1~3.9	EIA法(IgG) : 4.0以上

※4疾患ともCF法では測定しないこと。


※麻疹と流行性耳下腺炎はHI法では測定しないこと。

疾患名	抗体価陰性 (ワクチン接種3回必要)	抗体価陽性
B型肝炎	HBs抗体価 CLIA法 : 10mIU/ml未満	HBs抗体価 CLIA法 : 10mIU/ml以上

産業医判定		産業医名		採用 年月日	年 月 日	整理番号	
						チェック	

これより上には記入しないでください。

本人記入欄							
フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒						

健康診断実施年月日		年 月 日		
業務歴		既往歴		
自覚症状		貧血検査	血色素量 (g/dL)	
			赤血球数 (10 ⁴ /μℓ)	
他覚症状		肝機能検査	GOT (IU/L)	
			GPT (IU/L)	
			γ-GTP (IU/L)	
血圧 (mmHg)		血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dL)	
尿検査	糖		HDLコレステロール (mg/dL)	
	蛋白		トリグリセライド (mg/dL)	
胸部X線撮影	直接・間接 	医師の診断		
		医師の意見		
		備考		
フィルム番号	No.			
上記のとおり診断します。				
令和 年 月 日				
医療機関名				
医師名		印		

(職員外 診療従事者用)

健康状態確認票

※「医師の診断」の欄には、「異常なし」、「要精密検査」、「要医療」等の医師の診断を記入願います。
 ※「医師の意見」の欄には、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入願います。