

医学部附属病院受託実習生受入れ規程

[平成16年4月1日制定]

[平成16年島大医学部規則第90号]

(趣旨)

第1条 この規程は、島根大学医学部附属病院（以下「本院」という。）における受託実習生の受入れについて必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この規程において、「受託実習生」とは、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師等の医療技術者等の養成を目的とする学校若しくは養成所又は日本薬剤師会等の医療関係団体（以下「養成機関等」という。）の長から、本院における実習を委託された当該養成機関等の学生、生徒等をいう。

(申請)

第3条 養成機関等の長は、学生、生徒等の実習を本院に委託しようとするときは、実習生委託申請書（別記様式）に本人の同意書（別紙）を添えて、病院長に願い出なければならない。

(受入れ許可)

第4条 病院長は、前条の規定による申請があつたときは、本院の運営に支障をきたすおそれがないと認められる場合に限り、受入れを許可するものとする。

(実習期間)

第5条 受託実習生の実習期間は、1年以内とする。ただし、受入れの許可の日の属する年度を超えることができない。

(受託実習料)

第6条 受託実習料は、受託実習生1人につき日額2,200円とする。ただし、薬剤師の養成を目的とする受託実習生については、受託実習生1人につき次のとおりとする。

1クール（11週間） 386,500円

それ以外の場合 1日当たり 7,000円

2 養成機関等の長は、第4条の規定により受入れを許可されたときは、許可された期間に係る受託実習料の全額を所定の期日までに納付しなければならない。

3 既納の受託実習料は、返還しない。

(受託実習生の責務)

第7条 受託実習生は、病院長の指示に基づき実習を行うものとする。

第8条 受託実習生は、本学部の諸規則を遵守しなければならない。

(実習の停止等)

第9条 受託実習生が、第7条若しくは前条の規定に違反し、又は受託実習生としてふさ

わしくない行為があつたときは、病院長は、当該受託実習生の実習を停止させ、又は第4条の許可を取り消すことができる。

(細目)

第10条 この規程に定めるもののほか、この規程の実施に関し必要な細目は、病院長が別に定める。

附 則

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成19年1月17日から施行する。

附 則

この規則は、平成21年6月23日から施行する。

附 則

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成31年5月1日から施行する。

附 則

この規則は、2019（令和元）年10月1日から施行する。

附 則

この規則は、2021（令和3）年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、2021（令和3）年1月1日から施行する。

別記様式

実 習 生 委 託 申 請 書

令和 年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

養成機関等の住所
〃 名称
〃 校長又は代表者名

下記のとおり実習を委託したいので申請します。

記

実習生氏名	性別	生年月日	実習生の在学学部，学科， 年次等又は所属等	実習の期間 及び日数	実習の 内容

(別紙)

同意書

(個人情報の取り扱いについて)

島根大学医学部附属病院では、申請者の皆様の個人情報を下記のとおり取り扱いますので、内容を確認していただき、同意の確認として、署名・捺印をお願いします。

1. 利用目的

- ① 受入選考及び受入許可手続き
- ② 病院安全管理体制
- ③ その他法令及び医学部附属病院の諸規則を実施するために必要な処理

以上の利用目的以外で申請者の皆様の情報を利用する場合、申請者ご本人に個別理由を説明し同意を得た上で利用するものとします。ただし、緊急の場合、業務処理上必要な場合等、附属病院で必要であると判断した場合には、利用を優先し、後ほどご説明させていただきます。

2. 個人情報の第三者提供について

申請者の皆様の個人情報は、あらかじめご本人の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、上記「1. 利用目的」に該当する場合には、ご本人から特に申し出がない限り、附属病院の通常業務として必要な範囲において、申請者の皆様の個人情報を第三者に提供する場合があります。

3. 申請者の皆様の権利

附属病院の管理するご本人の個人情報については、本人の請求により開示・訂正・削除・利用停止等を行うことが可能です。相談窓口（医学部総務課）までご相談ください。

島根大学医学部附属病院長 _____

個人情報保護管理者 _____

相談窓口：医学部総務課（0853-20-2019）

私は、上記の個人情報の取り扱いについて同意します。

年 月 日

氏 名 _____ 印

※ 同意いただけなかった場合は、受入選考の対象外となる場合がありますので、ご了承ください。