

医学部附属病院研修生受入れ規程

[平成16年4月1日制定]

[平成16年島大医学部規則第89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。）における病院研修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、「病院研修生」とは、薬剤師、保健師、助産師、看護師、診療放射線（エックス線）技師、臨床検査（衛生検査）技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、栄養士、歯科技工士、歯科衛生士、救急救命士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師又は柔道整復師の免許を有し、本院において研修を受ける者をいう。

(申請)

第3条 本院において研修を受けようとする者は、研修申請書（別記様式）及び同意書（別紙）に所定の書類を添えて、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。

(研修期間)

第5条 病院研修生の研修期間は、6月以内とする。ただし、受入れ許可の日の属する年度を超えることができない。

(研修料)

第6条 病院研修生の研修料は、日額2,200円とする。

2 病院研修生は、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研修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 既納の研修料は、返還しない。

(病院研修生の責務)

第7条 病院研修生は、病院長の指示に基づき研修を受けるものとする。

第8条 病院研修生は、本学部の諸規則を遵守しなければならない。

(研修の停止等)

第9条 病院研修生が、第7条若しくは前条の規定に違反し、又は病院研修生としてふさわしくない行為があつたときは、病院長は、当該病院研修生の研修を停止させ、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（第3条関係）

研 修 申 請 書

年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

住 所

氏 名

貴院において、下記のとおり研修を受けたいので許可くださるよう申請いたします。

記

研修生氏名	研修期間及び日数	研 修 内 容

※複数名申請される際は適宜、行の追加をお願いします。

- 添付書類
- 1 履歴書
  - 2 健康診断書
  - 3 免許証の写
  - 4 職についている者は、所属機関の長の承諾書

※研修者の所属機関等が支払われる場合は、以下の記載をお願いします。

請求書送付先：

請求書宛名：

所属機関等ご連絡先

部署名：

TEL：

MAIL：

(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。