

記入日： 月 日

研修について

* この研修は「施設からの申込み」のみです。施設で(まとめて)お申込みください。

* 受講対象は、免許取得後、2023年度に初めて就労した都内施設に勤務する助産師・保健師・看護師・准看護師

* 下記表の「①受講希望回」欄にはそれぞれの回に「第1希望」「第2希望」と記入(両回数を「第1希望」にはできません)

* 下記表の「②推薦順位」欄には、この研修の応募者について、貴施設内の受講優先(推薦)順位を記入

* 病院実習のため、お申込み時には抗体検査結果等の提出が必須です。(様式Ⅲ-2参照)

* この研修は、受講生が繰り返し学べるように、講義内容をオンデマンド配信の予定です。

回数	研修開催日等			① 受講希望回 (第1、第2希望)	② 推薦順位 (今回応募者内)	申込み 締切日
	日程	内容他	研修日			
1 回目	・6月14日(水)・15日(木)・7月13日(木)	・講義(2日目は演習)	計 7日間		位	5月10日 (水)
	・8月頃に病院実習3日間	※日程詳細については受講 決定後にお知らせします				
	・2024年 1月26日(金)	・講義/グループワーク				
2 回目	・6月28日(水)・29日(木)・7月28日(金)	・講義(2日目は演習)	計 7日間		位	
	・8月頃に病院実習3日間	※日程詳細については受講 決定後にお知らせします				
	・2024年 2月2日(金)	・講義/グループワーク				

※第1希望に「1」、第2希望に「2」とお書きください

※年2回分を
一括募集(締切)

氏 名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日(西暦) 年 月 日生 歳	電話番号 (自宅又は携帯)
	※漢字は正しくご記入ください		資格 ・保健師・助産師・看護師・准看護師	
住 所	〒	自宅の最寄り駅(病院実習のための参考) 線 駅		
メールアドレス ※個人のアドレスを正しくご記入ください(勤務先代表は不可)			eナースセンター登録番号(※記入必須) K-	

現在の勤務先に関する こと	施設名	病床数【 床】		
	住 所	〒		
	勤務部署 ※科名を記入	1. 病棟(科) 2. 外来(科) 3. その他()		
	看護職としての 入 職	西暦 年 月 に現在の勤務先に入職		
	※現在の勤務先が看護職として初めて入職 1. はい 2. いいえ (※「いいえ」の場合、その理由をお書きください。)			
個人に 関する こと	免許 取得	*取得している免許は全て記入(取得見込みも含む) 西暦 西暦 西暦 西暦 ・保健師 年 月 ・助産師 年 月 ・看護師 年 月 ・准看護師 年 月		

< 推薦者又は教育担当者 >

連絡先

連絡メールアドレス

役 職 名

氏 名

※応募時、下記書類を同封してください

- ☒ 研修申込用紙(様式Ⅲ-1)
☐ 検査結果報告書(様式Ⅲ-2)
☐ 検査結果の写し
☐ ワクチン接種歴の写し
☐ 返信用封筒(長形3号封筒:94円切手貼付)

記入日： 月 日

病院実習には、十分な免疫があること、胸部X線で肺結核を疑う病変がないこと、コロナウイルスワクチン接種歴等の証明が必要です。

- ① 入職時、必要項目の検査を実施し、応募用紙(様式Ⅲ-1)と共にご提出ください。
- ② 検査結果の写し、ワクチン接種歴の写し(母子手帳写し、ワクチン接種領収書、学生時代の記録用紙写しなど)も同封してください。
- ③ 抗体結果が「基準に満たない」場合は、下記の基準を参考にワクチン接種を行い、実習に間に合うようにご準備ください。
- ④ 実習先により、証明書の作成が必要となることもあります。その場合は別途ご連絡します。

実習に必要な抗体価についての基準	疾患名	検査方法	十分な免疫なし(基準を満たさない)		★十分な免疫あり(基準を満たす)	★十分な免疫とは 下記内容を有している場合とします
			(一)陰性	(±)～(+)弱陽性	(+)強陽性	
	麻疹	EIA (IgG)	2.0未満	2.0～15.9	16.0以上	
		PA法	1:16未満	1:16～1:128	1:256以上	
		中和法	1:4未満	1:4	1:8以上	
	風疹	EIA (IgG)	2.0未満	2.0～7.9	8.0以上	
		HI法	1:8未満	1:8～1:16	1:32以上	
	水痘	EIA (IgG)	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上	
		IAHA法	1:2未満	1:2	1:4以上	
		中和法	1:2未満	1:2	1:4以上	
	流行性耳下腺炎	EIA (IgG)	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上	
	B型肝炎	EIA (IgG) CLIA法 RIA法			10 IU/ml以上	

【検査結果報告書】

氏名	ふりがな	男・女	生年月日(西暦)	年 月 日生
			勤務施設名	

1 抗体検査 *入職時の検査結果を転記してください(できるだけEIA法で採血をお願いします)

疾患名	検査方法	基準値	検査日(西暦)	検査結果(測定値)	ワクチン接種歴(2回分を記入)(西暦)	追加ワクチン接種日及び予定日
麻疹	☐ EIA (IgG)	16.0以上				
	☐ PA法	1:256以上				
	☐ 中和法	1:8以上				
風疹	☐ EIA (IgG)	8.0以上				
	☐ HI法	1:32以上				
水痘	☐ EIA (IgG)	4.0以上				
	☐ IAHA法	1:4以上				
	☐ 中和法	1:4以上				
流行性耳下腺炎	☐ EIA (IgG)	4.0以上				
疾患名	検査方法	基準値(基準値以上要)	検査日(西暦)	検査結果(測定値)	ワクチン接種歴(西暦)	備考
B型肝炎	☐ EIA (IgG)	10 IU/ml以上				
	☐ CLIA法					
	☐ RIA法					

2 胸部レントゲン検査 *記載のみ可

肺結核を示唆する初見	検査日(西暦)
あり ・ なし	

3 コロナウイルスワクチン接種 *接種記録の写しも提出してください

接種回数	最終接種(西暦)	備考
計 / 回		

※ 上記「検査結果」について確認いたしました。【確認者】役職: 氏名: 印

- ★ ご提出していただく書類(検査結果報告書、検査結果写し、ワクチン接種記録写し)は、病院実習以外では使用いたしません。
★ 注意: 記入漏れのないように。「検査結果写し」「ワクチン接種歴写し」を添え、期日内(5月10日㍻切)の申込み必。