

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、2024年度に初めて就労した都内施設に勤務する看護職					
* 下記表の「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)					
* 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)					
* 講義内容(記録、医療安全)と、高齢者のスキンケアと褥瘡ケア、口腔ケア、災害看護をオンデマンド配信の予定です。					
回数	研修開催日等			受講希望回	申込み締切日
	日程	内容他	研修日		
1 回目	・6月12日(水)・13日(木)・7月2日(火)	・講義(2日目は演習)	計 7日間		5月8日(水)
	・8月に病院実習2日間 ※詳細は受講時にお知らせ	・病院実習			
	・10月4日(金)	・講義/グループワーク			
	・2025年1月16日(木)				
2 回目	・6月27日(木)・28日(金)・7月12日(金)	・講義(2日目は演習)	計 7日間		5月8日(水)
	・8月に病院実習2日間 ※詳細は受講時にお知らせ	・病院実習			
	・10月18日(金)	・講義/グループワーク			
	・2025年2月5日(水)				
※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

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
自宅住所	〒 ※保険加入時に必要のため、個人住所を正しく記入してください			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【必須】 K-
勤務先	※本人に連絡をする際の呼び出し病棟名をお書きください(例:西新5階病棟等)			

現在の勤務先に関する こと	施設名	病床数【 床】		
	住所	〒 東京都 電話:		
	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 ※「いいえ」の場合、その理由をお書きください。 1. はい 2. いいえ ()			
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
			(-)陰性	(±)~(+)弱陽性	(+)強陽性	
麻疹		EIA (IgG)	2.0未満	2.0~15.9	16.0以上	1. 抗体価が「強陽性」の場合 2. 2回以上のワクチン接種を受けた記録があり、抗体価が「弱陽性」以上の場合 3. 下記の追加接種を受けている場合 ・採血結果で陰性 ①過去の接種回数0回は、追加接種2回 ②過去の接種回数1回は、追加接種1回 ・採血結果で弱陽性 ①過去の接種回数0回は、追加接種1回 ②過去の接種回数1回は、追加接種1回 ③過去の接種回数2回は、追加接種不要
		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	
勤務先電話番号(内線番号)	

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	
					1回目	2回目	1回目	2回目
麻疹	<input type="checkbox"/> EIA (IgG)	16.0以上						
	<input type="checkbox"/> PA法	1:256以上						
	<input type="checkbox"/> 中和法	1:8以上						
風疹	<input type="checkbox"/> EIA (IgG)	8.0以上						
	<input type="checkbox"/> HI法	1:32以上						
水痘	<input type="checkbox"/> EIA (IgG)	4.0以上						
	<input type="checkbox"/> IAHA法	1:4以上						
	<input type="checkbox"/> 中和法	1:4以上						
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> EIA (IgG)	10 IU/ml以上						
	<input type="checkbox"/> CLIA法							
	<input type="checkbox"/> RIA法							

2 胸部レントゲン検査 *記載のみで可

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8日 〆切)の申込みが必要。