

誓約書

独立行政法人国立病院機構災害医療センター院長 殿

私は、貴院の実習生（見学生）として、以下の項目を遵守する事を誓います。
いずれかに違反することがあれば、実習（見学）が中止となっても異議ありません。

署名日 西暦_____年____月____日

所属名称 _____ 氏名 _____

実習（見学）期間 西暦_____年____月____日～西暦_____年____月____日

記

1. 貴院の実習（見学）に際し、個人情報の秘密厳守が生じる事を理解し、その情報を一切外部へ持ち出さない事を誓います。
2. 貴院の各診療科では、原疾患及び加療等により、易感染性患者が多数入院されていることから、以下の病院内感染症伝播防止対策を実習（見学）中に厳守することを誓います。
 - ・実習中に、私が病原体の伝播者（不顕性感染者を含む）となる事を防ぐため、以下のウイルス抗体価測定またはワクチン接種を病院実習前に行い、有意な抗体価に至ったことを確認しました。（抗体検査・ワクチン接種状況等については、別紙による提出も可とする。）

※抗体価に至るとは、①下記の基準による抗体陽性、または②ワクチン接種歴が2回ある場合

抗体検査・ワクチン接種状況（必ず該当する部分に○をつけてください）

	抗体結果	①抗体陽性基準	②ワクチン 接種歴（1）	②ワクチン 接種歴（2）
	検査日			
麻疹	陽性・陰性	EIA 法 16 以上	未・済	未・済
	年 月 日	(PA 法 1 : 256 以上)	年 月 日	年 月 日
水痘	陽性・陰性	EIA 法 4 以上	未・済	未・済
	年 月 日	(IAHA 法 1 : 4 以上)	年 月 日	年 月 日
風疹	陽性・陰性	EIA 法 8 以上	未・済	未・済
	年 月 日	(HI 法 1 : 32 以上)	年 月 日	年 月 日
流行性 耳下腺炎	陽性・陰性	EIA 法 4 以上	未・済	未・済
	年 月 日		年 月 日	年 月 日

※ 必ず抗体価および抗体価の検査方法の記載がある抗体検査証明書を取得し、その写しを当書類に添付してください。★抗体価の検査方法は、原則として EIA 法とします。

※ 記載された検査結果が検査限界未満（陰性）であった場合には 2 回（1 回目と 2 回目を 28 日以上あける）、陰性ではないものの基準以下の場合には 1 回のワクチン接種を実施し、接種日を記載してください。

- ・発熱、発疹、呼吸器症状（咳、痰など）の出現時には、実習（見学）を自主的に控えます。
- ・活動性の感染症疾患に罹患している際には、実習（見学）を行い得ない事を了承します。

3. 実習（見学）期間中の疾病については、個人の責任において対処します。

4. 実習（見学）期間中に施設、器物等を故意に毀損した際、損害を賠償する義務を負います。