医学部附属病院受託実習生の

受入れに関する手引

**１　受託実習生**

最終決裁者：医学部附属病院長

（手引に関する担当部署）

医学・病院事務部総務課病院企画係

ＴＥＬ　097-586-5170

e-mail　kikakucy＠med.oita-u.ac.jp

**（１）申込み方法**

実習生委託申請書兼受入許可（不許可通知）書に必要事項を記入の上，別添「実習生等の受入れについて」に記載の各種感染症抗体保有状況調査書等提出書類を添付し，実習開始日の８週間前までに，養成機関等の長を通じて事務担当まで提出してください。

許可又は不許可の別は，事務担当を通じて実習生委託申請書兼受入許可（不許可通知）書により連絡します。

【事務担当】　大分大学医学・病院事務部　総務課病院企画係

　　　　　　　　　（連絡先）TEL:097-586-5170,FAX:097-586-5119

　　　　　　　　　　　　　　〒879-5593　大分県由布市挾間町医大ヶ丘１－１

**（２）実習料の納付方法**

　　許可された場合は，受託実習期間分の受託実習料の全額を実習の開始日までに納付してください。

実習料は，振込み，現金又は現金書留により納付できます。

|  |
| --- |
| **（注意事項）**  **＊正当な理由なく期日までに納付されない場合は受入れの許可が取り消されますのでご注意ください。**  **＊納付された実習料は返還しません。** |

○　現金又は現金書留の場合の納付方法

　　下記納付先まで，持参又は送付してください。

なお，現金の場合は，釣銭が要らないようご準備願います。

【納 付 先】　大分大学医学・病院事務部　経営戦略課総務係

〒879-5593　大分県由布市挾間町医大ヶ丘１－１

○　振込の場合の納付方法

　　　別途請求書を送付します。

なお，実習料の振込（請求書の発行）手続を希望された場合でも，事務処理の都合で，現金扱いとなる場合がありますので，ご了承ください。（４月中に実習を開始する場合及び申請書受理から実習開始まで１か月未満の場合）

**（３）その他**

本院における受託実習生の受入れについては，「大分大学医学部附属病院受託実習生規程」に基づきますので，申込みの際，ご確認願います。

**２　申請書様式**

大分大学医学部附属病院受託実習生規程に基づく，受入れに必要な申請書は，次のとおりです。

＜受託実習生＞

○　実習生委託申請書 兼 受入許可（不許可通知）書

**４　個人情報の取扱い**

　申請書の個人情報の取扱いについては，受託実習に関する管理等の事務処理に使用し，目的以外に利用することはありません。

実習生委託申請書 兼 受入許可（不許可通知）書

　　年　　月　　日

　大分大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（養成機関等住所）〒　　　－

(養成機関等名)

(代表者名)　　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者所属・氏名）

　下記のとおり実習を委託したいので申請します。

記

＊以下，太枠内のみ記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　氏名，実習期間等** | | | | 実習料 |
| 氏　　　名 | 年齢 | 実習期間 | 実習希望部 |
|  | 歳 | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日 |  | 円 |
|  | 歳 | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日 |  | 円 |
|  | 歳 | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日 |  | 円 |
|  | 歳 | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日 |  | 円 |
| **２　実習の内容：** | | | | |
| **３　実習料の納付方法**  **□　実習開始前までに現金又は現金書留にて納入**  **□　振込（請求書の発行）希望** | | | | |

**４　遵守事項**

**(1)　実習に際しては，貴学の内部規則を遵守させるとともに貴病院の責任者の指示に従わせます。**

**(2)　実習期間中に知り得た秘密については，実習期間終了後においても秘密保持に努めさせます。**

**(3)　実習生が負傷または罹病した場合は，貴病院の故意または過失を除き責任をもって対処します。**

**(4)　万一実習生が故意又は過失等により貴病院に損害を及ぼした場合は一切責任を負います。**

（以下記入不要）

依頼のありました実習生の委託申し込みについて，

　　（　　）　受託実習生として受入れを許可します。

（　　）　誠に申し訳ありませんが，本院では受入れが出来かねますのでご了承願います。

　　 年　　 月　　 日　　大分大学医学部附属病院長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

以下受入れ許可者について

　　　　　実習料計　　　　　　　　　　　円

　　　　　（　　）別途請求書を送付いたします。

　　　　　（　　）実習開始前までに現金又は現金書留にて納入願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院長 | 部　長 | 課　長 | 副課長 | 担当係 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （受入れ部署確認欄） | |
| （受入可） | （受入不可） |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受入れ許可書（写）受領印 | 経営戦略課 |

（履歴）

平成２０年４月１日作成

平成２０年７月１日変更

平成２１年７月１日変更

令和元年（2019年）５月２９日変更

令和３年（2021年）４月１日変更