医学部医療機器開発研修生の受入れに関する手引

（）

**１　医療機器開発研修生について**

最終決裁者：医学部長

（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@oita-u.ac.jp

**（１）申込み方法**

研修（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，以下の必要書類を添付して，事務担当まで提出してください。

|  |
| --- |
| **（添付書類）**　１　履歴書　２　所属機関の長の承諾書 |

許可又は不許可の別は，事務担当を通じて研修（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:097-586-5105,FAX:097-586-5119

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

**（２）研修における注意事項**

１．発熱，体調不良の場合は，研修はできません。

２．病院内研修においては，必ず医療従事者の付き添いのもとに行ってください。

３．研修によって知り得た個人情報を他へ漏らさないこと。（所定の誓約書の提出があります。）

**（３）その他**

医学部における医療機器開発研修生の受入れについては，「大分大学医学部医療機器開発研修生規程」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**

大分大学医学部医療機器開発研修生規程に基づく，受入れに必要な申請書は，次のとおりです。

＜医療機器開発研修生＞

○　研修（委託）申請書 兼 受入許可（不許可通知）書

**３　個人情報の取扱い**

　申請書及び添付書類上の個人情報の取扱いについては，研修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。

研修（委託）申請書 兼 受入許可（不許可通知）書

平成　　年　　月　　日

　大分大学医学部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（企業団体等名・代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　貴院において，下記のとおり研修（を委託）したいので許可くださるよう申請いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修希望部署 | 研修期間 | 研修生氏名・研修内容 |
|  |  |  |

（以下記入不要）

上記にて申請のありました研修について，

　（　　）　医療機器開発研修生として受入れを許可します。

（　　）　誠に申し訳ありませんが，受入れが出来かねますのでご了承願います。

平成　　 年　　 月　　 日　　　大分大学医学部長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医学部長 | 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 |  |

（履歴）

平成２６年１１月１１日作成