

高知大学医学部附属病院受託実習生規則

平成16年4月1日
規則第259号

最終改正 令和5年7月23日規則第25号

(趣旨)

第1条 この規則は、高知大学医学部附属病院（以下「病院」という。）において、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、薬剤師等の医療技術者等の養成を目的とする公立、私立等の学校若しくは養成所又は日本薬剤師会等の医療関係団体等（以下「養成機関等」という。）の長から実習を委託された学生・生徒等（以下「受託実習生」という。）の受入れについて必要な事項を定める。

(申請)

第2条 養成機関等の長は、学生・生徒等の実習を病院に委託しようとする場合は、実習生委託申請書（別記様式1）に実習生氏名、実習期間、実習内容等を記載した書面を添えて、病院長に提出しなければならない。

(許可)

第3条 受託実習生は、病院の業務に支障のない限り、受け入れるものとする。

- 2 病院長は、前条により申請があったときは、選考の上、受入れを許可するものとする。
- 3 病院長は、前項により実習を許可したときは、実習許可書（別記様式2）を当該養成機関等の長に交付するものとする。

(実習期間)

第4条 実習期間は、1年以内とする。ただし、受入許可の日の属する年度を超えることはできない。

(受託実習料)

第5条 第3条第2項により実習を許可された当該養成機関等の長は、受託実習生1人につき実習料として別表の金額を納入しなければならない。ただし、特別な事由がある場合は別途協議により実習料を決定する。

- 2 前項の実習料は、実習の期間に応じ、その全額を前納しなければならない。
- 3 既納の実習料は、返還しない。

(受託実習生の責務)

第6条 受託実習生は、病院長の指示に従うとともに、医学部の諸規則を遵守しなければならない。

(許可の取消し)

第7条 受託実習生が前条の規定に違反し、又は受託実習生としてふさわしくない行為があったときは、病院長は、当該受託実習生の実習を停止させ、又は第3条第2項の許可を取り消すことができる。

(協議)

第8条 この規則に定めのない事項については、病院と養成機関等が協議の上、定めるものとする。

(雑則)

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、病院長が定める。

附 則

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成18年1月1日から施行する。

附 則 (平成18年2月14日規則第620号)

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則 (平成21年12月8日規則第45号)

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則 (平成26年3月11日規則第85号)

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年3月10日規則第107号)

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 (平成31年4月26日規則第9号)

この規則は、令和元年5月1日から施行する。

附 則 (令和2年3月6日規則第63号)

この規則は、令和2年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年9月24日規則第34号)

この規則は、令和3年10月1日から施行する。

附 則 (令和5年7月23日規則第25号)

この規則は、令和5年8月1日から施行する。

別表（第5条関係）

養成しようとする職種	実 習 料	備 考
薬剤師	11週 398,095円 1日につき7,300円	長期実務実習の一部受入れ
保健師	1日につき2,090円	
助産師	1日につき2,090円	
看護師	1日につき2,090円	
診療放射線（エックス線）技師	1日につき2,310円	
臨床（衛生）検査技師	1日につき2,530円	
理学療法士	1日につき2,530円	
作業療法士	1日につき2,530円	
言語聴覚士	1日につき2,530円	
栄養士	1日につき2,090円	
歯科医師	1日につき1,870円	
歯科衛生士	1日につき1,870円	
歯科技工士	1日につき2,530円	
視能訓練士	1日につき2,310円	
臨床工学技士	1日につき2,530円	
救急救命士	1日につき3,850円	
社会福祉士	1日につき1,980円	
精神保健福祉士	1日につき1,980円	
公認心理師	1日につき2,530円	

別記様式1（第2条関係）

実 習 生 委 託 申 請 書

年 月 日

高知大学医学部

附属病院長 殿

養成機関等の住 所

〃 名 称

〃 代表者名

このたび貴病院において実習をお願いいたしたく、必要書類を添付の上申請いたしますので、御許可くださるようお願いいたします。

記

実習生氏名

実 習 期 間 自 年 月 日

至 年 月 日

実 習 部 門

実 習 内 容

別記様式2 (第3条関係)

実 習 許 可 書

年 月 日

養成機関等の名称

代 表 者 名 殿

高知大学医学部

附属病院長 印

年 月 日付で申請のあった下記の実習を許可します。

記

実 習 部 門

実 習 生 数

実 習 期 間 自 年 月 日

至 年 月 日