

愛媛大学医学部附属病院 NST 実地研修生受入れ規程

平成19年6月14日
制 定

(趣旨)

第1条 この規程は、地域の医療機関の看護師、栄養士、薬剤師、臨床検査技師等医療技術者の免許を有する者を愛媛大学医学部附属病院（以下「附属病院」という。）において栄養サポートチームに関して研修させる場合の手続等について定めるものとする。

(受入れ手続)

第2条 研修を受けようとする者は、所定の申請書（別紙様式）に、必要書類を添えて、病院長に申請するものとする。なお、研修を受けようとする者は、Japan Council for Nutritional Therapy に所属する学会の会員であり、日本静脈経腸栄養学会認定「栄養サポートチーム専門療法士」又は日本病態栄養学会「NST コーディネーター」認定規則を満たす者又は、日本栄養士会認定「栄養サポートチーム担当者研修会」「TNT-D(Total Nutritional Therapy Training for Dietitians)」の受講資格を満たす者とする。

2 病院長は、前項の規定により研修の申請があったときは、附属病院の業務に支障のない場合に限り、研修を許可することができる。

(研修料)

第3条 前条第2項の規定により研修を許可された者（以下「NST 実地研修生」という。）は、愛媛大学医学部附属病院受託実習料及び研修料等規程に定める研修料を納入しなければならない。

2 前項の研修料は、研修の期間に応じ、その全額を研修の開始前に納付しなければならない。

3 研修料を所定の期日までに納付しない者に対しては、病院長は、研修の許可を取り消すものとする。

4 既納の研修料は、返還しない。

(研修課程)

第4条 NST 実地研修生の研修課程は、病院長が別に定める。

(研修期間の証明)

第5条 前条の規定に基づき、研修を行った者については、申し出により病院長が研修証明をすることができる。

(病院長の指示)

第6条 NST 実地研修生は、病院長の指示に基づき、研修を行う。

(諸規則の遵守)

第7条 NST 実地研修生は、病院の諸規程を守らなくてはならない。

(許可の取消し等)

第8条 NST 実地研修生が第6条若しくは前条の規定に違反し、又は NST 実地研修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 NST 実地研修生の研修を停止さ

せ、又は第2条第2項の許可を取り消すことができる。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、NST 実地研修生に関して必要な事項は、病院長が別に定める。

附 則

この規程は、平成19年6月14日から施行する。

附 則

この規程は、平成22年10月14日から施行する。

附 則

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成31年3月28日から施行する。

別紙（様式1）

平成 年 月 日

愛媛大学医学部附属病院長 殿

〒

住所

氏名

印

貴病院の NST 実地研修生として、下記のとおり研修いたしたく関係書類を添付の上願ひ出ますので、御許可くださるよう願ひします。

記

1 研修期間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

2 研修希望職種

3 希望研修診療科等

4 研修内容

添付書類

(1)履歴書(2)健康診断書(3)希望職種の免許（写）(4)NST 実地研修誓約書

遵守事項

- 1 実習に際しましては、貴学の諸規則を遵守するとともに、貴院の責任者の指示に従います。
- 2 万一故意又は過失による事故等により、貴院に損害を及ぼした場合又は被災した場合は、一切の責任を負います。

NS T 実地研修誓約書

愛媛大学医学部附属病院長 殿

（NS T 実地研修期間及び研修内容）

第1条 NS T 実地研修期間及び研修内容等については、別途NS T 実施研修プログラムに準じたものとする。但し、当院の診療状況等により研修時間及び内容他に変更が生じた場合は、その限りではない。

（NS T 実施研修生の服務）

第2条 NS T 実地研修中における服務並びに医療安全等については、当院の諸規程に従うものとする。

（NS T 実地研修生の損害賠償）

第3条 NS T 実地研修中に研修生が、自己の責任において器物破損又は過失等により事故が発生した場合や第3者に損害を与えた場合は、NS T 実地研修責任者と研修生との協議の上、自己の責任において措置を講ずるものとする。

（個人情報の保護）

第4条 NS T 実施研修中に知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。また、研修終了後においても同様とする。

（協議事項）

第5条 この誓約に定めない事項に関しては、NS T 実地研修責任者と研修生との協議の上で定めるものとする。

上記内容について、誓約致します。

平成 年 月 日

施設名

住 所

氏 名

印