

XXXX 年 XX 月 XX 日

済生会新潟病院
院 長 殿

施設名 済生会医科歯科大学

施設長名 済生 太郎 印

抗体価検査、ワクチン接種に関する確約書

当 済生会医科歯科大学 は、XXXX 年 XX 月 XX 日で実習（見学）
申込書を提出した実習に際し以下の事項を遵守することを確約いたします。

- 貴院で実習開始前に本学実習生全員が以下の✓の対象感染症に対する実習要件を確認し、必要なワクチン接種を完了しています。やむを得ない場合により実習要件を満たさない実習生がいる場合は、貴院へ連絡いたします。
 - ☒ 麻疹
 - ☒ 風疹
 - ☒ 水痘
 - ☒ 流行性耳下腺炎
 - ☒ B 型肝炎
 - ☐ インフルエンザワクチン（流行時期のワクチン接種のみ）
- 上記感染症に対する抗体価検査結果およびワクチン接種記録については、貴院のご指示があった際には速やかに提出いたします。
- 実習期間中、実習生は貴院の定める感染対策に関する規定を遵守し、感染防止に最大限努めます。万一、実習生の健康状態に変化があった場合は、速やかに貴院へ報告いたします。
- 遵守事項に定める債務に違反した場合、当該違反によって生じた全ての損害の賠償を行います。

※）対象者及び対象疾患、実習要件は「済生会新潟病院実習・見学受入ガイド」P4～7 参照