

○北海道大学病院受託実習生受入れ規程

昭和52年5月18日

海大達第17号

(趣旨)

第1条 この規程は、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、栄養士、薬剤師等の医療技術者等の養成を目的とする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。)の長からの委託により、北海道大学病院(次条において「病院」という。)が、当該養成機関等の学生、生徒等の実習を受け入れる場合の手続等について定めるものとする。

(申請及び許可)

第2条 養成機関等の長は、病院に学生、生徒等の実習を委託しようとするときは、別紙様式による委託申請書により、北海道大学病院長(以下「病院長」という。)に申請するものとする。

2 病院長は、前項の申請があったときは、病院の業務に支障のない場合に限り、学生、生徒等の実習を許可することができる。

(実習料)

第3条 養成機関等の長は、学生、生徒等の受入れを許可されたときは、別表の左欄に掲げる対象職種の区分に応じて、それぞれ同表に掲げる実習料に実習期間を乗じた額を納付しなければならない。

2 養成機関等の長は、前項の実習料を、北海道大学(以下次条において「本学」という。)が指定する日までに納付するものとする。

3 既納の実習料は、これを返還しない。

(諸規則等の遵守)

第4条 実習の受入れを許可された学生、生徒等(以下「受託実習生」という。)は、本学の諸規則を遵守し、病院長の指示に基づき実習を行わなければならない。

(実習証明書)

第5条 病院長は、養成機関等の長から当該実習に係る証明の願い出があったときは、実習証明書を交付する。

(受入れ許可の取消し等)

第6条 受託実習生が、第4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中止させ、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7条 この規程に定めるもののほか、受託実習生に関し必要な事項は、病院長が定める。

附 則

この規程は、昭和52年5月18日から施行する。

附 則 (平成元年3月31日海大達第11号)

この規程は、平成元年4月1日から施行する。

附 則 (平成8年12月18日海大達第45号)

この規程は、平成9年1月1日から施行する。

附 則 (平成9年4月1日海大達第32号)

この規程は、平成9年4月1日から施行する。

附 則 (平成14年3月1日海大達第5号)

この規程は、平成14年3月1日から施行する。

附 則 (平成15年9月17日海大達第80号)

1 この規程は、平成15年10月1日から施行する。

2 この規程の施行の際現に改正前の北海道大学受託実習生受入れ規程第2条第2項の規定により受入れを許可され実習している者(以下この項において「旧受託実習生」という。)は、この規程の施行の日に、改正後の北海道大学受託実習生受入れ規程第2条第2項の規定により受入れを許可されたものとみなす。この場合において、その許可されたものとみなされる者の実習の期間は、同日における旧受託実習生としての実習の期間の残余期間と同一の期間とする。

附 則 (平成17年3月28日海大達第39号)

この規程は、平成17年4月1日から施行する。

附 則 (平成18年3月3日海大達第5号)

この規程は、平成18年4月1日から施行する。

附 則 (平成26年4月1日海大達第78号)

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 (平成26年11月19日海大達第190号)

この規程は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 (令和元年10月1日海大達第179号)

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和4年1月1日海大達第5号）

この規程は、令和4年1月1日から施行する。

別表（第3条関係）

対象職種	実習期間	実習料
薬剤師	1週当たり	30,000円
助産師	1日当たり	2,200円
看護師	1日当たり	2,200円
診療放射線技師	1日当たり	2,400円
臨床検査技師	1日当たり	2,200円
衛生検査技師	1日当たり	2,200円
理学療法士	1日当たり	2,200円
作業療法士	1日当たり	2,200円
視能訓練士	1日当たり	2,200円
栄養士	1日当たり	2,200円
救急救命士	1日当たり	3,900円
言語聴覚士	1日当たり	2,200円
臨床工学技士	1日当たり	2,200円
歯科技工士	1日当たり	2,200円
歯科衛生士	1日当たり	2,200円
診療情報管理士	1日当たり	2,200円
精神保健福祉士	1日当たり	2,200円

別紙様式(第2条関係)

年 月 日

北海道大学病院長 殿

養成機関等の長 ㊦

受託実習生委託申請書

貴病院において、病院実習を下記により行わせたいので、許可くださるよう申請します。

記

- 1 氏 名
- 2 実習期間 年 月 日から 年 月 日まで(計 間)
- 3 実習目的(内容)
- 4 実習希望部署
- 5 その他