

病院実習説明書

当院では、優れた医療従事者の育成に貢献するための一環として、養成機関（専門学校）等の実習生を受け入れております。

今回、養成機関名：_____の_____年生（氏名）
の（実習の名称）_____実習にあたって、_____年____月____日から____
年____月____日までの間、当院の病院実習指導者の指導監督のもとに、病院実習をさせていただ
きたく存じます。

医療従事者教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

- 1 病院実習指導者は、実習生が病院実習指導者の指導監督のもとに病院実習を行うことについ
て、あなたに事前に十分で分かりやすい説明を行い、ご本人またはご家族の同意をいただい
てから行います。
- 2 実習生が病院実習を行うときは、事前に教員や指導者の助言・指導を受けて実施します。必
要に応じて実施中にも助言・指導をしながら、安全に配慮して実施します。
- 3 あなたは、病院実習の全部または一部を拒否することができます。また、実習を開始した後
でも、いつでも同意を撤回することができます。いずれの場合も、あなたの診療等にあたって
不利益に扱うことはありません。
- 4 実習生は、病院実習指導者の指導監督のもとに病院実習を実施している間、および実習が終
了した後にも、あなたのプライバシーを保護し、個人的な情報を他へ漏らすことがないよう厳
守致します。

その他、ご不明な点は遠慮なさらずお申し出ください。病院実習指導者が適宜ご説明いたしま
す。

年 月 日

説明者 草加市立病院 指導者氏名： 引率した指導薬剤師名

学 校 名： _____

実習生氏名： _____

担当教員名： _____

（代筆：草加市立病院 薬剤部 引率した指導薬剤師名）

草加市立病院 病院長 杉本 浩一

私は、実習生が病院実
りの説明を受け、納得し

年 月 日
患者氏名： _____
代理同意人氏名： _____

**担当教員名を指導薬剤師が代筆で署名をさせて
いただきたく存じます。**

**代筆での署名を認めていただけない場合には、
お手数ですが実習担当薬剤師までご連絡ください。
（ご理解いただける際には連絡は不要です）**